

Análisis Cuantitativo del impacto de la COVID-19 y de la violencia de género en la salud de la comunidad de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (UNAH)



PROYECTO DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO:
Fortalecidas las capacidades de la UNAH para la construcción de políticas, planes y programas que contribuyan al fomento de una vida libre de violencia para mujeres y población LGBTIQ+ con enfoque de género, inclusión, derechos y salud pública

Impacto del Covid -19 y la Violencia de género en la salud física y mental de la comunidad estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

AUTORÍA DEL INFORME

M. Eva Trigo Sánchez, Karla Iveette Aguilar Castro, Vanessa Albertina Sosa López, M. Jesús Cala Carrillo, María García Jiménez y Nora Rodríguez Corea

FINANCIACIÓN

Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID). Convocatoria de Subvenciones a las Universidades de Andalucía 2021.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

- M. Jesús Cala Carrillo, Departamento de Psicología Experimental
- María García Jiménez, Departamento de Psicología Experimental
- Rosa Casado Mejía, Departamento de Enfermería
- Fátima León Larios, Departamento de Enfermería
- Assumpta Sabuco Cantó, Departamento de Antropología Social
- M. Eva Trigo Sánchez, Departamento de Psicología Experimental

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

- Karla Iveette Aguilar Castro, Cátedra de Estudios de la Mujer, Facultad de Ciencias Sociales
- Mercedes Martínez Hernández, Posgrado de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas
- Nora Rodríguez Corea, Posgrado de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN MÉDICOS DEL MUNDO

- Vanessa Sosa López, Responsable de Investigaciones Mesoamérica

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: M. Eva Trigo Sánchez.

FECHA DE INFORME: 31 de enero de 2023.

ISBN: 978-9979-0-871-1



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



CONTENIDO

1. Introducción	6
1.1. Entidades del proyecto	6
1.1.1. Universidad de Sevilla	6
1.1.2. Universidad Nacional Autónoma de Honduras	7
1.1.3. Médicos del Mundo	7
1.2. Objetivos de investigación	8
2. Metodología	10
2.1. Participantes	10
2.2. Procedimiento.....	13
2.3. Instrumentos.....	15
2.3.1. Cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas y de situación personal y familiar .	15
2.3.2. Cuestionario sobre miedo a la COVID-19 (FCV-19).....	15
2.3.3. Cuestionario ad hoc sobre cambios provocados por la pandemia (CAMBIOS).....	16
2.3.4. Cuestionario de percepción de la violencia de género (VGP)	16
2.3.5. Inventario sobre violencia en las relaciones de pareja (VADRI-MX)	17
2.3.6. Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud (SF-36).....	18
2.3.7. Escala de salud psicológica (DASS-21)	18
2.3.8. Escala de bienestar social (EBS)	19
2.4. Análisis de datos	20
3. Resultados y discusión	21
3.1. Análisis descriptivo y de fiabilidad de las escalas	21
3.2. Análisis del impacto de la COVID-19 en la salud.....	22
3.2.1. Indicadores de salud en función de variables sociodemográficas	22
3.2.2. Impacto de la COVID-19 en función de variables sociodemográficas.....	34
3.2.3. Indicadores de salud en función del impacto de la COVID-19 y variables sociodemográficas	39
3.3. Análisis del impacto de la violencia de género sobre la salud.....	46
3.3.1. Violencia de género percibida en función de variables sociodemográficas	46
3.3.2. Violencia en las relaciones de noviazgo (VADRI-MX) en función de variables sociodemográficas	48
3.3.3. Indicadores de salud en función de la violencia en las relaciones de noviazgo y de variables sociodemográficas	50

4. Resumen de resultados y conclusiones	55
5. Referencias.....	59
APÉNDICE I: Cuestionario ad hoc sobre información sociodemográfica y de situación personal y familiar	63
APÉNDICE II: Cuestionario ad hoc sobre cambios vitales provocados por la pandemia	66
APÉNDICE III: https://personal.us.es/trigo/suppmaterials/ApendiceIII.pdf	

1. INTRODUCCIÓN

Desde 2019 la Universidad de Sevilla (US) ha venido trabajando en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), con la colaboración de Médicos del Mundo (MdM) y el apoyo financiero de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID), para impulsar la prevención de la violencia contra las mujeres y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Actualmente (desde enero de 2022 a marzo de 2023) ambas universidades están ejecutando el proyecto de cooperación internacional al desarrollo denominado *Fortalecidas las capacidades de la UNAH para la construcción de políticas, planes y programas que contribuyan al fomento de una vida libre de violencia para mujeres y población LGBTIQ+ con enfoque de género, inclusión, derechos y salud pública*, financiado por la AACID, y contando con la colaboración de MdM para la ejecución en terreno del mismo.

Este proyecto tiene como objetivo fortalecer a la UNAH en su proceso de construcción participativa de la Política de Equidad, Inclusión y Cohesión Social, entendiendo que la consecución de esta meta puede verse impulsada por un aumento de la información cuantitativa y cualitativa sobre los diferentes colectivos universitarios, para que dicha política pueda responder a sus necesidades de atención y formación de forma más adaptada. Es por ello por lo que el proyecto incluye actividades de investigación, como herramienta fundamental para recopilar dicha información. Más específicamente, entre dichas actividades de investigación se encuentra el desarrollo de una investigación cuantitativa sobre los efectos de la violencia de género y la COVID-19 en la salud física, psicológica y social de diferentes colectivos universitarios, en coordinación con la Cátedra de Estudios de la Mujer y el Postgrado de Salud Pública de la UNAH.

1.1. ENTIDADES DEL PROYECTO

1.1.1. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Es una institución pública de educación superior con más de 500 años de existencia (fundada en 1505), la tercera de España en número de estudiantes y la primera de Andalucía. Desde 2008 cuenta con una Oficina de Cooperación al Desarrollo (<https://cooperacion.us.es/>) que incluye entre sus funciones la gestión técnica y económica de los proyectos de cooperación universitaria al desarrollo con financiación de agencias externas. Dicha oficina se integra en el Vicerrectorado de Servicios

Sociales, Campus Saludable, Igualdad y Cooperación, lo que permite contar también con el apoyo al proyecto por parte de la Unidad de Igualdad (<https://igualdad.us.es/>), un actor clave en relación con la temática del mismo por su experiencia en las diferentes iniciativas de prevención del acoso y promoción de la igualdad y el buen trato en la US. Por su parte, el equipo de cooperación e investigación de la US responsable de este proyecto es un equipo interdisciplinar (Facultad de Psicología, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y Facultad de Geografía e Historia) de reconocido prestigio en la temática de los estudios sobre las mujeres y con perspectiva de género, una amplia experiencia tanto en cooperación universitaria al desarrollo como en salud sexual y reproductiva, así como en la ejecución de proyectos sobre desigualdades de género y violencia de género (ver currículos en <https://personal.us.es/trigo/cooperacion.htm>).

1.1.2. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Se fundó en el año 1847 y conquistó su autonomía en 1957. Actualmente consta de un campus central en Tegucigalpa, denominado Ciudad Universitaria, y 8 centros regionales. Se organiza a través de tres vicerrectorías: la Vicerrectoría de Relaciones Internacionales (VRI), la Vicerrectoría Académica (VRA) y la Vicerrectoría de Orientación y Asuntos Estudiantiles (VOAE). La contraparte del proyecto es la VRI, por sus competencias en la gestión de convenios internacionales, pero contando con la colaboración imprescindible de la VRA, encargada de coordinar, supervisar y evaluar las actividades de docencia, investigación, vinculación con la sociedad, orientación académica, capacitación docente y acreditación, incluyendo el proyecto varias actividades de este tipo. Adicionalmente, para el desarrollo de las actividades de investigación, por la temática de estas: COVID-19, violencia de género y salud, son también actores claves la Cátedra de Estudios de la Mujer, creada en 1997, y adscrita al Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales, y el Posgrado de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas.

1.1.3. MÉDICOS DEL MUNDO

Es una asociación humanitaria independiente que cuenta con más de 25 años de presencia en la región mesoamericana a través de proyectos de desarrollo y de ayuda humanitaria, en función de las necesidades de salud y del contexto humanitario en la región, particularmente en Honduras, Guatemala y El Salvador. Para lograr la adaptación a la situación de pandemia, dicha asociación revisó sus programas para incorporar los llamados enfoques transversales, antropológico, de género y de

derechos humanos, en todas sus actividades, incluyendo el trabajo que viene realizando desde hace varios años en las universidades públicas del Norte de Centroamérica (Honduras, El Salvador y Guatemala). En relación con la investigación incluida en el proyecto, ha sido fundamental la colaboración de la Responsable de las Investigaciones en Mesoamérica.

1.2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Durante estos años de colaboración entre la US y la UNAH se han desarrollado diversos procesos de formación, sensibilización y fortalecimiento de capacidades, así como de investigación, para intentar comprender mejor la situación diferencial de los hombres y mujeres de los diferentes colectivos universitarios. Se trata en definitiva de aportar evidencia empírica de la desigualdad y la violencia que sufren las mujeres y otros colectivos discriminados, situación que ha podido verse agravada por la pandemia de la COVID-19. Todo ello como punto de partida para combatir dicha desigualdad.

Entre las formas más graves de desigualdad y discriminación se encuentra la violencia en general y la violencia contra las mujeres en particular, reconocida como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por su alto impacto sobre la salud física y mental de las mujeres que la sufren. Según la entidad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, ONU Mujeres, una de cada tres mujeres y niñas en el mundo sufren violencia física o sexual, en su mayoría por parte de sus parejas, con quienes se convive en muchos casos. Por ello, las situaciones de confinamiento durante la pandemia de la COVID-19 han provocado un aumento de la violencia sufrida por las mujeres dentro del hogar, lo que de acuerdo con ONU mujeres ha generado una pandemia adicional en la sombra unida a la de la propia COVID-19 (<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>). Más específicamente, en Honduras el problema de la violencia contra las mujeres es uno de los más graves a los que se enfrenta como sociedad. Fue el país de América Latina y el Caribe con la tasa más alta de asesinatos violentos de mujeres y feminicidios en 2021, con una tasa de 4.6 casos por cada 100 000 mujeres (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, s.f.). Durante ese año se registraron 318 asesinatos violentos de mujeres y feminicidios, lo que implica que cada 27 horas con 33 minutos muere una mujer de manera violenta en Honduras (Observatorio Nacional de la Violencia, 2021). Si, como ocurre a nivel global, dicha violencia es ejercida en muchos casos por sus parejas, no es de

extrañar que las medidas restrictivas ejercidas por los gobiernos a raíz de la pandemia por la COVID-19 hayan dado la voz de alarma sobre el posible incremento de la violencia contra las mujeres en dicho contexto.

Por otra parte, tanto la violencia de género como la COVID-19, aunque puedan definirse como pandemias por afectar a muchos países y a muchos individuos de dichos países, pueden tener efectos más devastadores en aquellos territorios donde se violan más sistemáticamente los derechos humanos, conviven discriminaciones por diferentes motivos (género, orientación sexual, edad, etnia, origen, religión...), con altos índices de corrupción y sin acciones políticas efectivas para fomentar la equidad entre las personas que los habitan. Es el caso de Honduras, donde durante el año 2022 han continuado los procesos penales infundados contra las personas defensoras de los derechos humanos (Amnistía Internacional, 2022) y han aumentado las muertes de los periodistas que informan sobre las situaciones de violación de dichos derechos (Brigadas Internacionales de Paz, 2022). Por tanto, está plenamente justificado pensar que los efectos perjudiciales para la salud de la COVID-19 y la violencia de género pueden ser especialmente graves en un contexto hondureño.

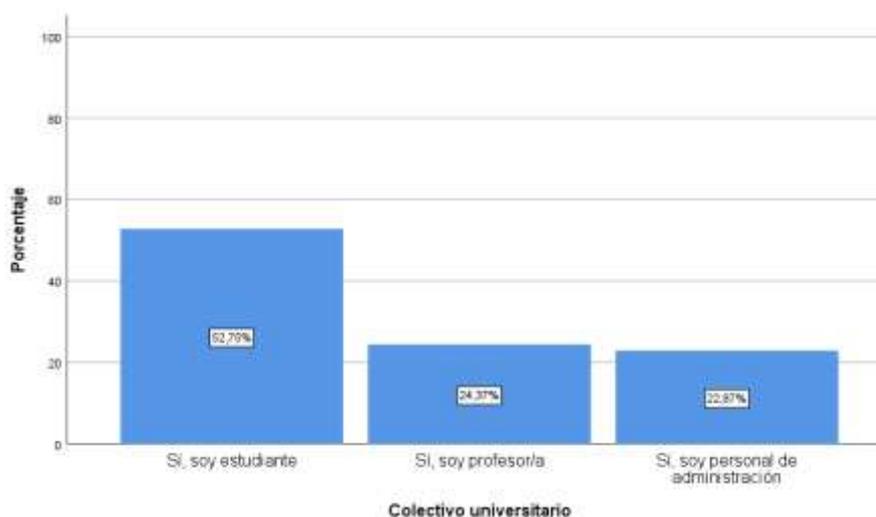
Las universidades hondureñas no son inmunes a este contexto de país, por lo que adquiere relevancia desarrollar una investigación sobre los efectos de la COVID-19 y la violencia de género en la salud de la comunidad universitaria de la UNAH. Sin embargo, ello no implica necesariamente desarrollar un estudio sobre las formas de violencia más extremas, como el asesinato o las agresiones físicas. No todas las formas de violencia contra las mujeres y otros colectivos discriminados son tan extremas. En ocasiones son más sutiles y difíciles de identificar. En muchos casos las personas no son conscientes de que son víctimas de violencia y menos aún de que forman parte del ciclo de la violencia, por lo que dicha violencia pasa desapercibida y es naturalizada. Por este motivo resultan de especial relevancia todos aquellos estudios que contribuyan al estudio de las formas más sutiles de violencia de género sobre la salud en sentido amplio, no estrictamente médico, sino muy especialmente a nivel psicológico y social, aumentando así el acervo de conocimiento necesario para implantar medidas transformadoras de la sociedad en general y la comunidad universitaria en particular.

2. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

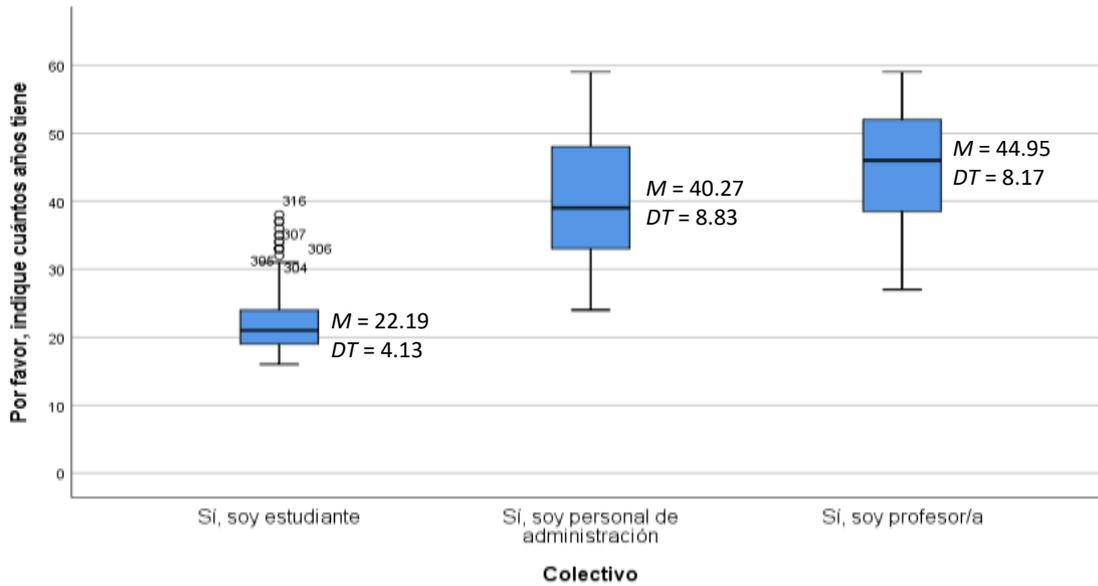
Se recogieron un total de 599 respuestas de personas vinculadas a la UNAH (ver Figura 1) como estudiantes ($n = 316$), profesorado en activo ($n = 146$) o personal de administración ($n = 137$). La mayoría se recogieron en Ciudad Universitaria, Tegucigalpa, $n = 445$. Las frecuencias fueron menores en otros centros: Valle de Sula (VS), $n = 59$; Centro Universitario Regional de Occidente (CUROC), $n = 29$; Centro Universitario Regional del Centro (CURC), $n = 16$; y Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico (CURLA), $n = 14$. Un total de 40 respuestas provenían de otros centros con una menor representación. Esta desigual distribución puede responder no solo al mayor número de personas adscritas a Ciudad Universitaria, sino también a diferencias en el acceso a recursos tecnológicos necesarios para recibir y completar el cuestionario online. Por tanto, sería importante de cara a futuros estudios considerar procedimientos alternativos de distribución, pero sobre todo, de cara a conseguir una universidad más accesible, trabajar activamente desde la propia universidad en la disminución de las brechas digitales en función de la localización geográfica de su comunidad.

Figura 1. Porcentajes de participantes de cada colectivo dentro de la UNAH



La Figura 2 muestra datos descriptivos de la distribución de la edad en cada uno de esos colectivos. Como era de esperar, el colectivo más joven fue el de estudiantes, con edades entre los 18 y los 38 años, seguido del personal de administración, con edades entre los 24 y los 59 años, y el profesorado, con edades entre los 27 y los 60 años.

Figura 2. Medias y desviaciones tipo, y gráficos de caja de la edad en función del colectivo

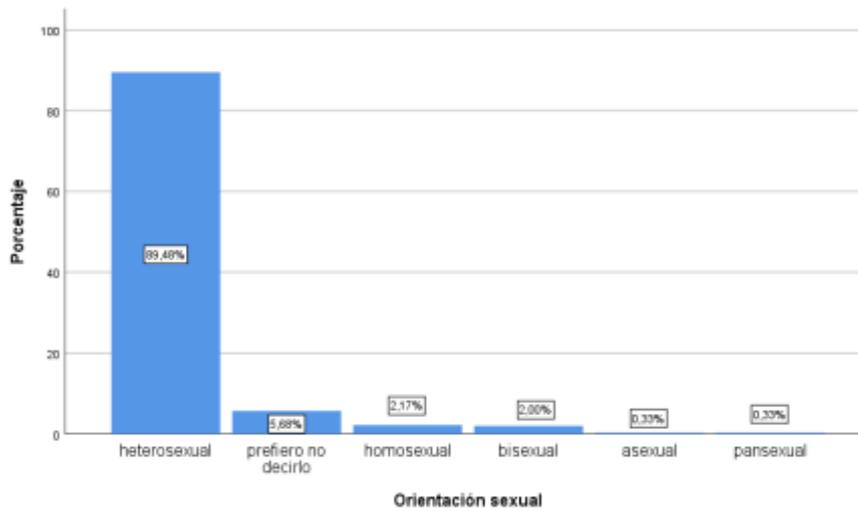


En cuanto a la identidad de género¹, 169 participantes se identificaron como hombres (28.2%) y 429 como mujeres (71.6%); solo un participante, estudiante, eligió la opción de género no binario. Los porcentajes de hombres y mujeres estudiantes fueron respectivamente del 22.5% ($n = 71$) y del 77.2% ($n = 244$). En el colectivo del personal docente un 39.7% eran hombres ($n = 58$) y un 60.3% mujeres ($n = 88$). Finalmente, los porcentajes de hombres y mujeres fueron del 29.2% ($n = 40$) y el 70.8% ($n = 47$) respectivamente en el colectivo del personal de administración.

Por último, la Figura 3 muestra los porcentajes de respuestas respecto a la orientación sexual. La mayoría de los participantes se identificaron como heterosexuales, $n = 536$, seguidos de quienes se identificaron como homosexuales, $n = 13$, y como bisexuales, $n = 12$. Otras opciones fueron menos frecuentes: asexual, $n = 2$, y pansexual, $n = 2$. El dato más llamativo es el de participantes que prefirieron no expresar su orientación sexual, $n = 34$, a pesar de que el cuestionario era completamente anónimo. Ello podría deberse a la inseguridad y/o temor para hablar abiertamente de este tema, propia de un contexto de desigualdad por razón de orientación sexual.

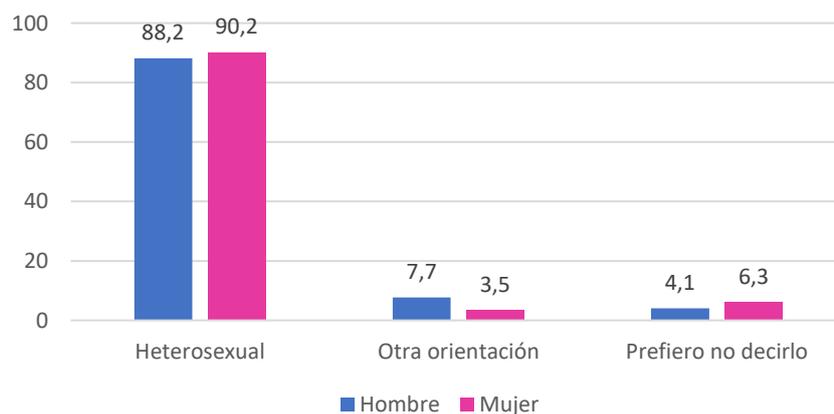
¹ Todos los datos han sido analizados y comentados en función del género, asumiendo que las posibles diferencias entre hombres y mujeres no se deben a sus diferencias biológicas, sino a la socialización diferencial de género.

Figura 3. Porcentajes de participantes que indicaron cada tipo de orientación sexual



La comparación entre hombres y mujeres de las categorías prefiero no decirlo, heterosexual y otra orientación² no resultó significativa ni alcanzó un tamaño de efecto medio, $\chi^2 (2, N = 599) = 5.60, p = .061, r_{\phi} = .10$ (ver Figura 4). Esto indicaría una distribución similar de la falta de libertad para expresar abiertamente la orientación sexual, una desconfianza generalizada, independiente del sexo, posiblemente por el miedo a que se les pueda identificar y discriminar por ello.

Figura 4. Porcentajes de hombres y mujeres en cada categoría de orientación sexual



² Se utiliza la expresión otra orientación para agrupar las categorías homosexual, bisexual, asexual y pansexual, ya que la baja frecuencia de algunas de ellas no permite un análisis estadístico de las mismas de forma diferenciada.

2.2. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se desarrolló a través de un estudio correlacional de encuesta con un cuestionario online. El cuestionario fue distribuido a través de email tanto al alumnado de la asignatura transversal de Estudios de la Mujer, con la colaboración para ello de la CEM, responsable de dicha asignatura, como a estudiantes, personal docente y de administración en general de Ciudad Universitaria y otros centros regionales, con la colaboración de la Vicerrectoría Académica de la UNAH. La recogida de respuestas se realizó entre el 1 de mayo y el 30 de junio de 2022.

En las instrucciones generales del cuestionario se explicaba brevemente el objetivo de la investigación, estudiar el impacto de la pandemia por la COVID-19 y la violencia de género en la salud de la comunidad universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), así como su inserción en un proyecto de cooperación internacional desarrollado por la propia UNAH, la Universidad de Sevilla y Médicos del Mundo, financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo (AACID). Adicionalmente, se garantizaba el anonimato y el tratamiento confidencial de los datos con fines exclusivamente de investigación. También se explicitaba la voluntariedad de la participación, pudiendo abandonar el cuestionario en cualquier momento sin enviar las respuestas proporcionadas hasta el momento. Finalmente, al continuar hacia la siguiente sección del cuestionario propiamente dicho, se daba el consentimiento para participar en las condiciones previamente descritas. En la última parte de las instrucciones generales se estimaba el tiempo aproximado que se tardaría en responder al cuestionario completo, alrededor de 15 minutos y se pedía tener en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas, por lo que debía responderse con total sinceridad. Las instrucciones finalizaban agradeciendo por adelantado la colaboración en el estudio.

El cuestionario utilizado recogió medidas tanto sobre variables sociodemográficas como sobre las principales variables mencionadas en el objetivo de la investigación, la salud en sentido amplio como variable dependiente y la COVID-19 y la violencia de género como predictoras de dicha salud. En la medida de lo posible, se seleccionaron instrumentos estandarizados de medida de estas variables dependientes e independientes, preferiblemente en sus versiones validadas en países latinoamericanos, aunque también fue necesario diseñar preguntas ad hoc. Todos los ítems ad hoc pasaron por un proceso de revisión tanto del equipo de investigación de la US como de la UNAH,

encargado especialmente este último de que el vocabulario fuese adecuado al contexto de Honduras.
A continuación se describen todos los instrumentos en su orden de aplicación.

2.3. INSTRUMENTOS

2.3.1. CUESTIONARIO AD HOC DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SITUACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

Con este cuestionario se pretendió recoger variables sociodemográficas que permitieran seleccionar la muestra de interés, comunidad universitaria en activo pertenecientes a los colectivos de estudiantes, profesorado y personal de administración de la UNAH, así como diversas variables sociodemográficas potencialmente relacionadas con las variables centrales de la investigación. Este cuestionario (ver Apéndice I) incluyó un total de 19 preguntas, 5 de ellas con formato de respuesta abierto, e.g., “Por favor, indique cuántos años tiene”; 12 de opción múltiple con una única respuesta posible, e.g., “¿Cómo se identifica usted?: a) Hombre, b) Mujer y c) Otro (especificar)”; y 2 de opción múltiple con varias opciones seleccionables simultáneamente, e.g., “¿Alguna vez ha solicitado ayuda a otras personas por problemas con su pareja? (Puede elegir más de una opción): a) No, b) Sí, a familiares, c) Sí, a amistades, d) Sí, a grupos de ayuda sobre esa temática, e) Sí, ayuda institucional y f) Otro (especificar)”. No obstante, en este informe únicamente se presentan análisis en función de algunas de las variables obtenidas, fundamentalmente la edad, el número de hijos/as, el número de personas convivientes, el género, la orientación sexual, el colectivo universitario de pertenencia y la situación sentimental, por haber proporcionado los resultados más concluyentes.

2.3.2. CUESTIONARIO SOBRE MIEDO A LA COVID-19 (FCV-19)

Se decidió medir el miedo a la COVID-19 porque los altos niveles de miedo pueden hacer que las personas no piensen con suficiente claridad a la hora de enfrentarse a esta enfermedad y a la pandemia provocada por ella (Martínez-Lorca et al., 2020), lo que puede incidir en su salud. Para medirlo se utilizó una adaptación de la versión española (Martínez-Lorca et al., 2020) de la escala FCV-19S (Fear of COVID-19 Scale) previamente desarrollada en inglés (Ahorsu et al., 2020). Se trata de una adaptación debido a que tanto la versión en inglés como la española están redactadas en presente, para ser aplicadas durante los peores momentos de la pandemia. Puesto que nuestro cuestionario se aplicó cuando ya habían pasado estos momentos, cuando ya se habían levantado muchas de las medidas restrictivas a la población, y con un mayor grado de conocimiento de la enfermedad, los ítems se redactaron en pasado, e.g., “He tenido mucho miedo del coronavirus-19”, sustituyendo la forma verbal tengo por he tenido. La escala cuenta con un total de 7 ítems que se

responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 = *Totalmente en desacuerdo* y 5 = *Totalmente de acuerdo*. De ellos se obtiene una única puntuación a través del sumatorio de las respuestas a los ítems, variando entre 7 y 35 puntos, e indicando las puntuaciones altas un mayor nivel de miedo. La versión española mostró buenos índices de fiabilidad, α de Cronbach = .89, y validez de criterio por sus correlaciones con otras medidas (Martínez-Lorca et al., 2020).

2.3.3. CUESTIONARIO AD HOC SOBRE CAMBIOS PROVOCADOS POR LA PANDEMIA (CAMBIOS)

Puesto que no teníamos la posibilidad de tomar medidas de las variables de salud antes y después de la pandemia, se decidió medir la percepción subjetiva de cada participante sobre el sentido de los cambios entre antes y después de la pandemia en diferentes ámbitos de la vida. El objetivo era obtener una medida de lo negativos o positivos que se percibían esos cambios, entendiendo que cuanto más negativos se percibieran, peores podrían ser los indicadores de salud, y viceversa. Este cuestionario ad hoc incluye un total de 11 ítems (ver Apéndice II) que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 = *Ahora es mucho peor* a 5 = *Ahora es mucho mejor*. La puntuación total se calcula sumando las respuestas a todos los ítems, con una variación entre 11 y 55 puntos. Cuanto más alta es la puntuación obtenida mejores se perciben los cambios vividos entre antes y después de la pandemia por COVID-19.

2.3.4. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VGP)

Además de medir la violencia de género recibida y ejercida, se consideró necesario medir la percepción sobre lo que es o no violencia de género psicológica. Resulta difícil para las mujeres jóvenes sobrevivientes de violencia de género reconocerse como víctimas, por considerar erróneamente que pueden haber sido merecedoras de la misma, pero también por no ser capaces de reconocer lo que es dicha violencia cuando la están viviendo (Aguilar, 2017). La falta de percepción de la violencia de género puede contribuir también a este no auto reconocimiento como víctima, especialmente en el caso de la violencia psicológica. Para ello se utilizó el Cuestionario de Violencia de Género Percibida (Delgado, 2014). Dicho cuestionario evalúa la percepción de la violencia psicológica de género en la pareja, por lo que excluye la violencia física explícita. Aunque los ítems del cuestionario versan sobre violencia ejercida por los hombres hacia las mujeres, en parejas jóvenes heterosexuales, tanto hombres como mujeres de diferentes edades pueden responderlo, puesto que pueden dar su opinión sobre si esas conductas de los hombres hacia las mujeres se consideran o no

violentas. El cuestionario consta de 22 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 0 = *Nada violenta* y 6 = *Absolutamente violenta*. A partir de ellos pueden calcularse 3 puntuaciones, la violencia de género percibida total y dos factores compuestos por 11 ítems cada uno: el de dominación controladora-posesiva, que aglutina conductas de celos, control del tiempo y objetos, así como control de las relaciones con otras personas, e.g., “Decirle con quién debe salir y con quién no”; y el de dominación hostil, que aglutina conductas amenazantes y de presión sexual, e.g., “Presionarla para mantener relaciones sexuales”. Todas las puntuaciones se calculan como promedio de las respuestas a los ítems, por lo que todas ellas varían entre 0 y 6. Las puntuaciones altas indican una mayor percepción de la violencia de género. El cuestionario ha mostrado buenos índices de fiabilidad en estudios previos, e.g., α de Cronbach iguales a .97, .95 y .94 para la puntuación general y los factores de dominación controladora-posesiva y hostil respectivamente (Delgado, 2014). En cuanto a la validez de constructo, se han encontrado correlaciones moderadas y en el sentido esperado con otras variables, como el sexismo hostil y benevolente, la escala de detección de acoso laboral y la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres, y se han encontrado evidencias de su estructura interna compuesta por dos factores (Delgado, 2014).

2.3.5. INVENTARIO SOBRE VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA (VADRI-MX)

Para medir tanto la violencia recibida como la violencia perpetrada en las relaciones de pareja de los jóvenes y adolescentes de la UNAH se utilizó la versión mexicana del cuestionario VADRI-MX (Violence in Adolescents' Dating Relationships Inventory – version mexicana) sobre relaciones de pareja o noviazgo presentes o pasadas (Aizpitarte y Rojas-Solís, 2019), basada en el Inventario VADRI original (Aizpitarte et al., 2017) y especialmente diseñado para jóvenes y adolescentes de entre 19 y 22 años. En nuestro caso se administró a los participantes de hasta 24 años para incluir el periodo completo de la juventud definido por las Naciones Unidas. La versión mexicana del cuestionario consta de 38 ítems, 19 de perpetración, e.g., “Hablo mal de mi novio/novia a otros/otras”, y otros 19 de victimización, e.g., “Mi novio/novia habla mal de mí a otros/otras” que se responden en una escala tipo Likert de 10 puntos, donde 1 = *Nunca* 10 = *Siempre*. Además de obtener las puntuaciones generales de victimización y perpetración, cada una de ellas puede descomponerse en 3 factores diferentes: violencia directa severa, con 6 ítems, e.g., “Mi novio/novia me abofetea/cachetea”; violencia psicológica abierta verbal, con 5 ítems, e.g., “Mi novio/novia habla mal de mí a otros/otras”; y violencia psicológica sutil controladora, con 8 ítems, e.g., “Mi novio/novia lee mis mensajes privados

(celular, redes sociales...)”. Las puntuaciones en cada factor se obtienen a partir del cálculo de la media de las respuestas a los ítems, y en todos los casos las puntuaciones altas se corresponden con mayores grados de violencia perpetrada o sufrida. El instrumento ha mostrado una buena fiabilidad para ambas subescalas, α de Cronbach igual a .92 para perpetración y .94 para victimización, y evidencias de validez convergente, con correlaciones altas con el VADRI original (Aizpitarte y Rojas-Solís, 2019).

2.3.6. CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (SF-36)

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizaron algunas subescalas e ítems del cuestionario SF-36 en español (Alonso et al. 1995). Específicamente se utilizaron 3 subescalas: 1) salud general, con 5 ítems, para obtener una valoración personal de la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, e.g., “En general, dirías que tu salud es: excelente, muy buena, buena, regular o mala”; 2) rol físico, con 4 ítems, para medir el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, e.g., “Durante las 4 últimas semanas, ¿tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a tus actividades cotidianas, a causa de tu salud física?”; y 3) rol emocional, con 3 ítems, para evaluar el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, e.g., “Durante las 4 últimas semanas, ¿tuviste que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a tus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido/a, o nervioso/a)?”. De acuerdo con las instrucciones de corrección de este cuestionario, algunos ítems se invirtieron para hacer coincidir las puntuaciones altas con una mejor calidad de vida relacionada con la salud, y posteriormente las puntuaciones de fueron transformadas a una escala de 0 a 100, indicando el 100 la máxima calidad de vida. Estas subescalas han mostrado buenos datos de fiabilidad, con estimaciones conjuntas del α de Cronbach iguales a .78 para salud general, .91 para el rol físico y .90 para el rol emocional, así como evidencias de validez y sensibilidad en una revisión sistemática del uso del instrumento (Vilagut et al., 2005).

2.3.7. ESCALA DE SALUD PSICOLÓGICA (DASS-21)

Para evaluar la salud psicológica se utilizó la versión española (Bardos et al., 2005) de la escala DASS-21 (Depresión, Anxiety, and Stress Scale) de 21 ítems (Lovibond y Lovibond, 1995). Cada subescala está compuesta por 7 ítems: sobre depresión, e.g., “Sentí que la vida no tenía ningún sentido”; ansiedad, e.g., “Se me hizo difícil respirar”; o estrés, e.g., “Me ha costado mucho descargar la

tensión". Cada ítem se responde a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0 = *No me ha ocurrido*, 1 = *Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo*, 2 = *Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo* y 3 = *Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo*. Las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés se calculan como sumatorio de las respuestas a cada grupo de 7 ítems, entre 0 y 21 puntos. Cuanto mayor es el sumatorio mayores son los síntomas de depresión, ansiedad o estrés experimentados. El instrumento ha mostrado buena fiabilidad en estudios previos, α de Cronbach de .92, .84 y .91 para depresión, ansiedad y estrés respectivamente, así como evidencias de su estructura de tres factores, y su validez convergente con otros cuestionarios (Bados et al., 2005).

2.3.8. ESCALA DE BIENESTAR SOCIAL (EBS)

Para medir el bienestar social se utilizó una versión breve y estudiada en población mexicana (Valencia et al., 2020) de la Escala de Bienestar Social (Social Well-Being Scales) previamente desarrollada en inglés con 33 ítems distribuidos en 5 factores (Keyes, 1998) y adaptada posteriormente al español (Blanco y Díaz, 2005). La versión breve utilizada en este estudio está compuesta por 14 ítems que permiten medir 3 factores: la aportación a la sociedad, con 6 ítems, e.g., "Soy una parte importante de mi comunidad", permite evaluar la percepción que tienen los y las participantes de estar realizando acciones que benefician a la sociedad; la función en la sociedad, con 4 ítems, e.g., "Puedo aportar algo al mundo", indica en qué medida se tiene una percepción positiva de la aportación personal a la sociedad; y el progreso social (EBS-PS), también con 4 ítems, e.g., "Las instituciones sociales mejorarán mi vida", para evaluar la percepción positiva de que la sociedad se encuentra en continuo desarrollo. Los ítems se responden expresando el grado de acuerdo con ellos en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 = *Totalmente en desacuerdo* y 5 = *Totalmente de acuerdo*. Puesto que el número de ítems que compone cada factor es diferente, las puntuaciones en cada factor se calcularon a través de la media de las respuestas a cada conjunto de ítems, oscilando entre 1 y 5. Esta versión mostró índices de consistencia interna adecuados para las dimensiones de aportación a la sociedad, α de Cronbach = .85, y progreso social, α = .72, pero algo más bajo para la función social, α = .67, basando la reducción de 5 a 3 factores en los resultados de un análisis factorial exploratorio (Valencia et al., 2020).

2.4. ANALISIS DE DATOS

Se realizó un tratamiento estadístico descriptivo e inferencial de los datos más relevantes del estudio con el software SPSS 26.0. El análisis descriptivo consistió en el cálculo de frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables cualitativas y el cálculo de media, desviaciones tipo e intervalos de confianza al 95% para la descripción de las variables cuantitativas en la muestra general o en los diferentes grupos de participantes. El análisis inferencial incluyó correlaciones de Pearson para las relaciones bivariantes entre dos variables cuantitativas, e.g., salud general y edad; modelos de ANOVA de un factor seguido de comparaciones múltiples a posteriori si era necesario para las relaciones entre una variable cualitativa y otra cuantitativa, e.g., salud general y género; y modelos de regresión lineal múltiple para analizar la relación entre una variable dependiente cuantitativa y diversas predictoras cuantitativas o cualitativas. Todos los análisis inferenciales utilizaron el .05 como nivel de significación. Como índices de tamaño de efecto³ se utilizaron la propia r para las correlaciones de Pearson, con el nivel de .30 como referencia de un tamaño de efecto medio; R^2 para los modelos de ANOVA, con .06 como nivel medio; y el incremento en R^2 , ΔR^2 , para la fuerza de la relación con la variable dependiente de cada predictora diferente en los modelos de regresión lineal múltiple.

³ El tamaño de efecto es una medida independiente del número de participantes y del diseño de cada estudio, comparable por tanto entre diferentes investigaciones. Mide la fuerza de la relación entre las variables y es independiente de la significación estadística, que sí está determinada por el número de participantes, el número de variables y el número de valores de estas. Solo cuando una relación significativa va acompañada de un tamaño de efecto al menos medio estaríamos ante datos concluyentes de la relación entre las variables. Si no es así, la significación podría ser un artefacto provocado por la excesiva potencia estadística asociada a un gran número de participantes, por los que los resultados deberían interpretarse con mayor cautela.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS

La Tabla 1 (ver [Apéndice III](#) para consultar todas las tablas con datos estadísticos del estudio⁴) muestra datos descriptivos y de fiabilidad de las diferentes escalas utilizadas en el estudio. Como puede observarse, todos los índices de fiabilidad α de Cronbach fueron iguales o superiores en nuestro estudio a .79, indicando un buen comportamiento de todas las escalas utilizadas, incluida la de cambios provocados por la pandemia construida ad hoc para el presente estudio.

⁴ Para facilitar la lectura, la mayoría de los resultados estadísticos presentados en este estudio se presentan en forma de tablas, y todas ellas están recogidas en el Apéndice III: <https://personal.us.es/trigo/suppmaterials/ApendicIII.pdf>

3.2. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD

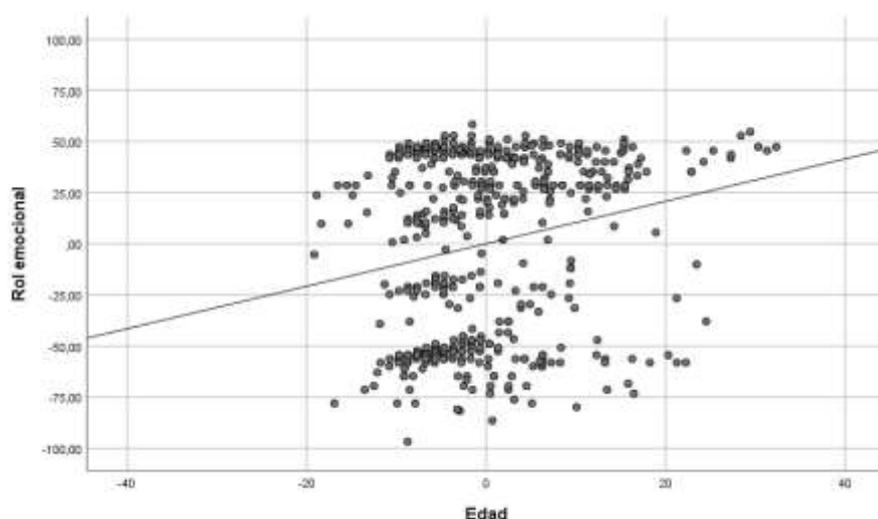
Antes de analizar la relación directa entre los índices de impacto de la COVID-19 recopilados en el estudio y la salud de la comunidad universitaria de la UNAH, conviene analizar la relación de los diferentes indicadores de salud con las variables sociodemográficas más relevantes para los objetivos del estudio. En caso de existir dichas relaciones, se pondrá de manifiesto la necesidad de controlarlas en el análisis del impacto de la COVID-19 en la salud. A continuación se analiza la relación de cada indicador de salud con dichas variables sociodemográficas.

3.2.1. INDICADORES DE SALUD EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

3.2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)

La Tabla 2 muestra las correlaciones entre la calidad de vida relacionada con la salud y algunas variables sociodemográficas cuantitativas. Como puede observarse, la única relación significativa cercana a un tamaño de efecto medio fue entre la edad y el rol emocional, manteniéndose la significación en una regresión lineal múltiple con control del número de hijos/as y convivientes, $t(543) = 4.89$, $p < .001$, $\Delta R^2 = .04$. Más específicamente, se encontró una mayor interferencia de los problemas emocionales en la vida diaria o en el trabajo en las personas de menor edad (ver Figura 5).

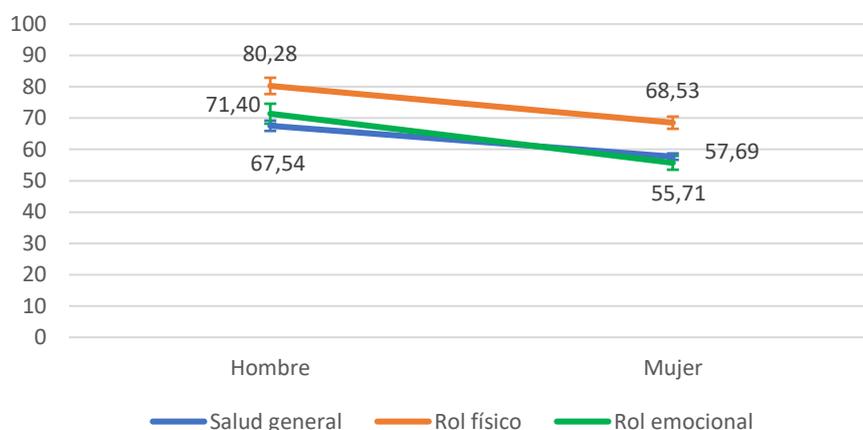
Figura 5. Regresión lineal parcial del rol emocional (SF-36) en función de la edad



Aunque la COVID-19 ha sido especialmente peligrosa para las personas mayores a nivel de enfermedad y mortalidad, es posible que las personas más jóvenes hayan sufrido no solo miedo por la salud de sus familiares mayores, sino también una mayor interferencia en sus vidas de las medidas restrictivas decretadas por los gobiernos, en unas edades en que es fundamental el contacto social para el adecuado desarrollo emocional. De ahí que hayan podido experimentar más problemas de salud por cuestiones emocionales.

La Tabla 3 muestra los resultados de los análisis desarrollados en función de otras variables sociodemográficas cualitativas. Como puede observarse, todas las diferencias en función del género fueron significativas, aunque ninguna llegó a un tamaño de efecto medio. En general, la calidad de vida relacionada con la salud siempre fue superior en los hombres que en las mujeres (ver Figura 6), encontrándose la mayor diferencia en la salud general. Estos datos pondrían de manifiesto la necesidad de prestar una mayor atención en salud a las mujeres, especialmente a las más jóvenes, puesto que algunos indicadores de salud correlacionan también con la edad de los participantes.

Figura 6. Medias e intervalos de confianza al 95% del SF-36 en función del género



En relación con la orientación sexual, se encontró una calidad de vida relacionada con la salud general y el rol emocional significativamente mejor en las personas heterosexuales que en las de otra orientación sexual, aunque los tamaños de efecto fueron bajos (ver Tabla 3 y Figura 7).

Las relaciones con el colectivo también fueron significativas, en este caso con tamaños de efecto medio para la salud general y el rol emocional; el colectivo con peores indicadores de calidad de vida fue el de los y las estudiantes (ver Tabla 3 y Figura 8).

Figura 7. Medias e intervalos de confianza al 95% del SF-36 en función de la orientación sexual

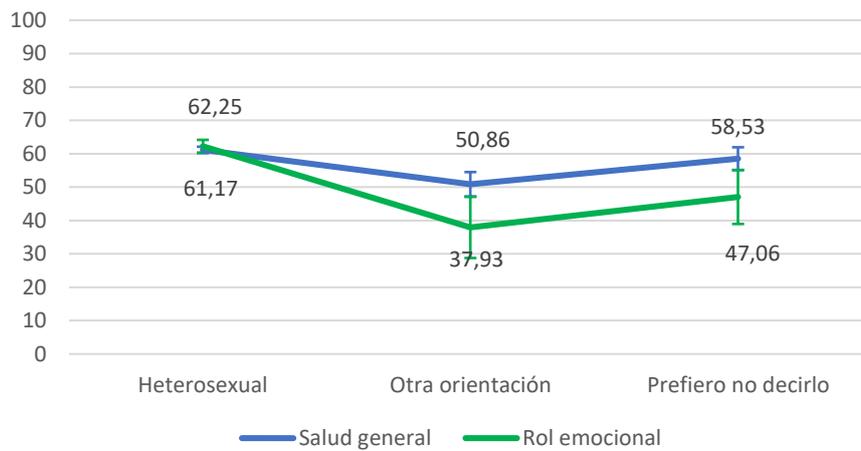
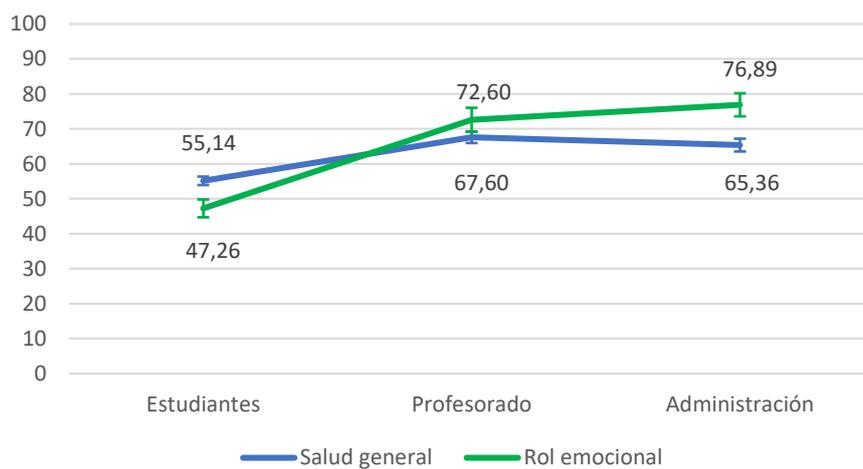


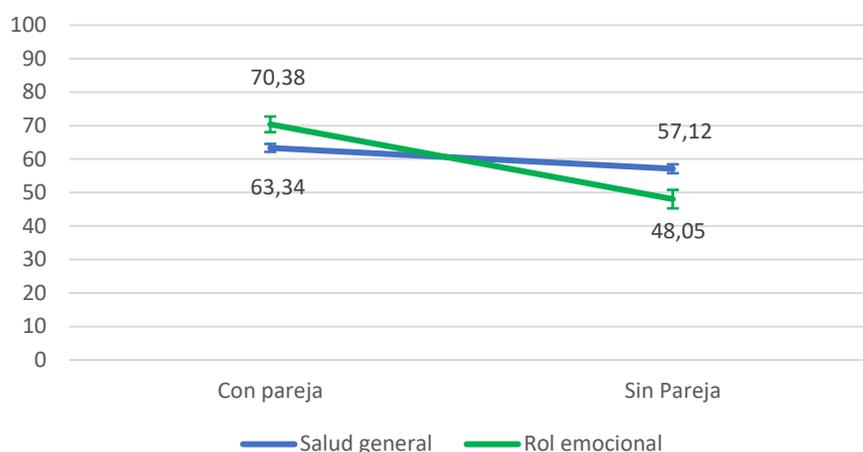
Figura 8. Medias e intervalos de confianza al 95% del SF-36 en función del colectivo



Por último, la calidad de vida relacionada con la salud general y el rol emocional fue inferior en las personas sin pareja que en las personas con pareja, aunque solo se alcanzó un tamaño de efecto medio en el caso del rol emocional (ver Tabla 3 y Figura 9). Estos resultados apuntan a que el tener a una persona con quien compartir la vida en momentos duros como una pandemia puede actuar como factor de protección de la salud, tanto en los hombres como en las mujeres, ya que no se dio interacción entre el género y el tener o no pareja para la salud general, $F(1,592) = .01$, $p = .946$, ni para el rol emocional $F(1,592) = 1.64$, $p = .200$. Por otro lado, los efectos de la soledad sobre la salud mental son ampliamente conocidos, y los resultados sobre el rol emocional abundan en este aspecto, pero es de destacar que estos efectos negativos de no tener pareja sentimental en el momento de la

pandemia se hayan podido producir también sobre la calidad de vida relacionada con la salud física general.

Figura 9. Medias e intervalos de confianza al 95% del SF-36 en función de la situación sentimental



En conjunto, los datos nos llevarían a concluir sobre una mayor necesidad de atención en salud a las personas más jóvenes, estudiantes, mujeres, personas con otra orientación sexual diferente a la heterosexual y que no tenían pareja durante la pandemia. Serían quienes peores indicadores de salud presentan y en quienes deberían invertirse los mayores esfuerzos de cara a su recuperación.

3.2.1.2. Salud psicológica (DASS-21)

Todas las correlaciones entre las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés y las variables sociodemográficas edad, número de hijos/as y de convivientes resultaron significativas (ver Tabla 4), en ocasiones con tamaños de efecto medio. Es el caso de todas las correlaciones con la edad, que se mantuvieron en análisis de regresión lineal múltiple posteriores controlando el número de hijos/as y de convivientes, $t(543) = -7.04, p < .001, \Delta R^2 = .08$ para la depresión, $t(543) = -6.67, p < .001, \Delta R^2 = .07$ para la ansiedad y $t(543) = -6.53, p < .001, \Delta R^2 = .07$ para el estrés. En general, la salud psicológica empeoró a medida que la edad disminuía (ver Figuras 10, 11 y 12). También fueron significativas las relaciones con el número de hijos/as y de convivientes, pero en los análisis de regresión lineal múltiple solo se mantuvo como significativa, con un tamaño de efecto pequeño, la relación entre la ansiedad y el número de convivientes, $t(543) = 2.56, p < .011, \Delta R^2 = .01$, siendo la ansiedad mayor a medida que aumentaba el número de convivientes (ver Figura 13). La obligación de compartir el

espacio con un mayor número de personas, así como la necesidad de lidiar con los problemas de un mayor número de personalidades podría dar cuenta de esta mayor ansiedad.

Figura 10. *Regresión lineal parcial de la depresión en función de la edad*

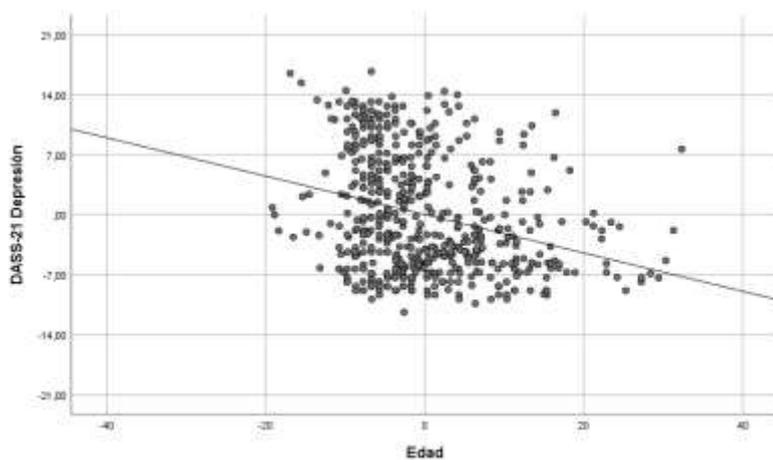


Figura 11. *Regresión lineal parcial de la ansiedad en función de la edad*

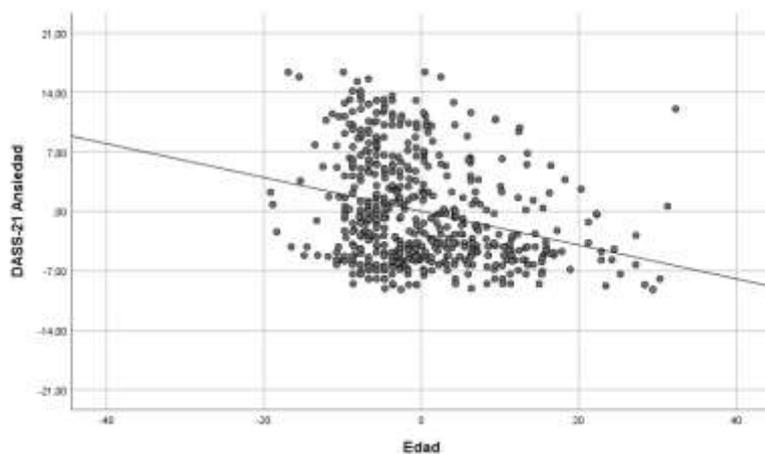


Figura 12. *Regresión lineal parcial del estrés en función de la edad*

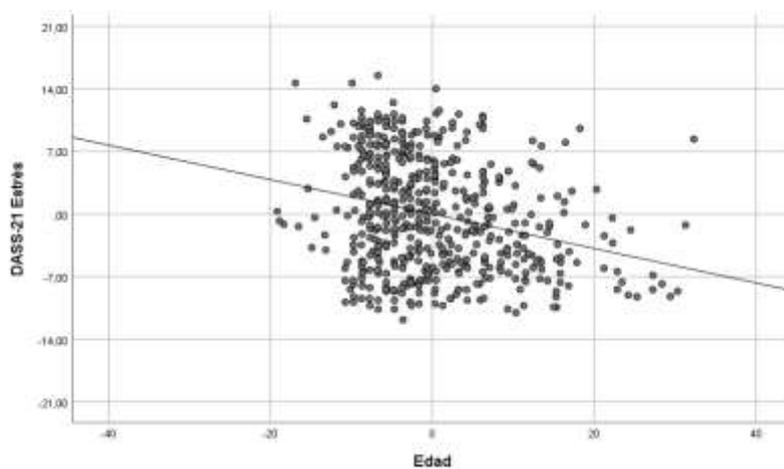
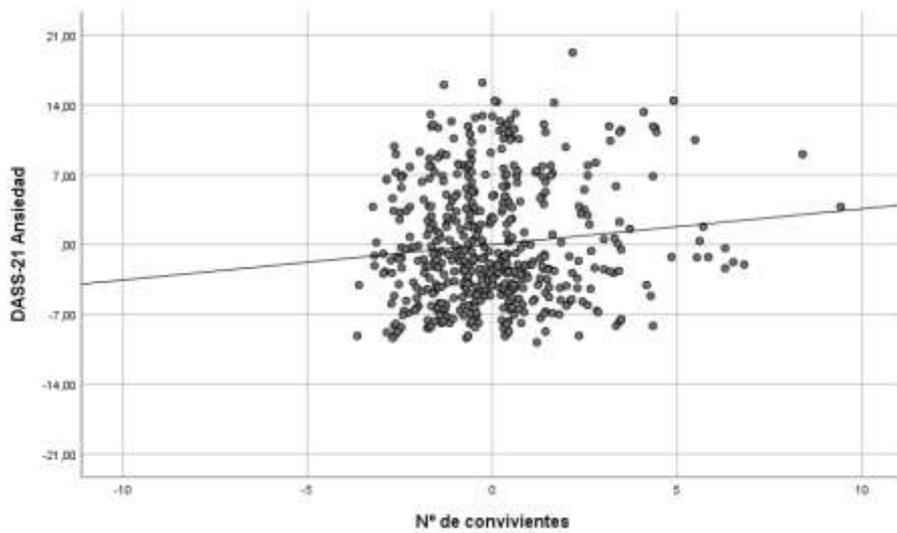


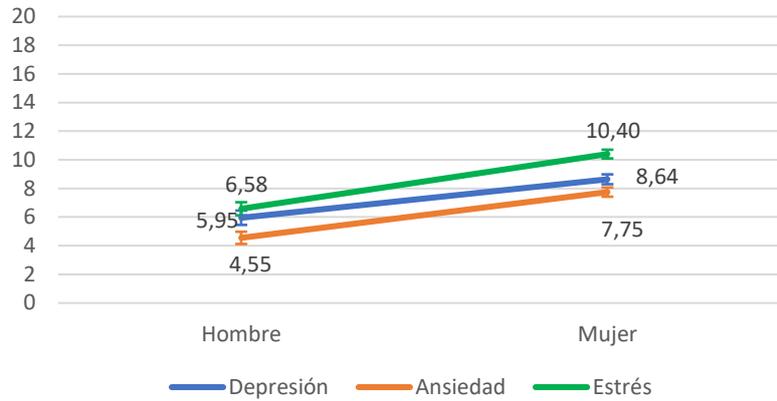
Figura 13. Regresión lineal parcial de la ansiedad sobre el nº de convivientes



La Tabla 5 muestra los resultados para el análisis de la depresión, la ansiedad y el estrés en función de otras variables sociodemográficas cualitativas. Como puede observarse, todas las diferencias globales analizadas resultaron significativas, aunque en muchos casos los tamaños de efecto fueron pequeños. En primer lugar, las mujeres mostraron más depresión, ansiedad y estrés que los hombres (ver Figura 14), con un tamaño de efecto medio en el caso del estrés y cercano a medio en el caso de la ansiedad.

Uniendo los resultados relativos a la edad y el género, podemos establecer que las mujeres jóvenes son quienes tienen más riesgo de padecer problemas psicológicos por depresión, ansiedad o estrés dentro de la comunidad universitaria. La mayor prevalencia de la depresión en las mujeres, excepto en la infancia, es un dato bien documentado en la literatura epidemiológica (e.g., Kessler et al., 1993, como se cita en Matud et al., 2006), aunque los datos de nuestro estudio han resultado más concluyentes para la ansiedad y sobre todo el estrés. Las causas de estas diferencias no están completamente establecidas, pero no se ha encontrado suficiente evidencia empírica de que pueda deberse a diferencias biológicas asociadas al sexo, ni a una mayor capacidad de las mujeres para expresar cómo se sienten e identificar los síntomas de la depresión. En cambio, sí podrían explicarse por múltiples condicionantes sociales asociados al género, que incluso explican un mayor porcentaje de la variabilidad tanto en hombres como en mujeres (Matud et al., 2006), pero cuyos valores más perjudiciales se dan en mayor medida en las mujeres.

Figura 14. Medias e intervalos de confianza al 95% del DASS-21 en función del género



Por su parte, las personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual mostraron mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que las heterosexuales (ver Tabla 5), aunque en este caso todos los tamaños de efecto fueron pequeños. En relación con el colectivo universitario, los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los estudiantes fueron significativamente superiores a los del profesorado y el personal de administración, con tamaños de efecto medios para la ansiedad y el estrés y grande para la depresión (ver Tabla 5 y Figura 15). Y respecto a la situación sentimental, las personas sin pareja mostraron mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés que las personas con pareja, con un tamaño de efecto medio en el caso de la depresión (ver Tabla 5 y Figura 16). Al igual que en el caso de la calidad de vida relacionada con la salud, ello puede estar indicando la posibilidad de que tener pareja constituya un factor de protección respecto a la salud psicológica, pero debemos considerar que también podría deberse a la interiorización de patrones culturales patriarcales, que dictaminan que no se puede ser tan feliz sin pareja como con ella.

Figura 15. Medias e intervalos de confianza al 95% del DASS-21 en función del colectivo

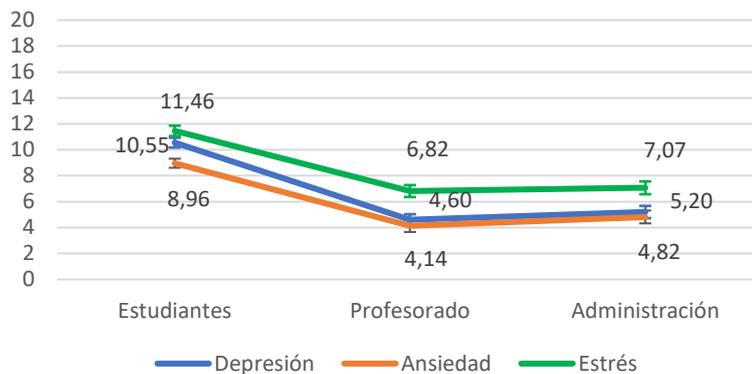
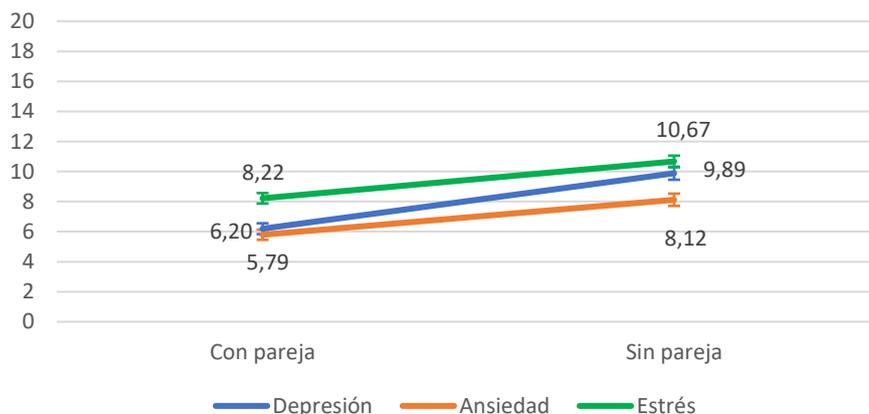


Figura 16. Medias e intervalos de confianza al 95% del DASS-21 en función de la situación sentimental



3.2.1.3. Bienestar social (EBS)

Como muestra la Tabla 6, todas las correlaciones con los indicadores de bienestar social de la edad y el número de hijos/as resultaron significativas, aunque con mayores tamaños de efecto para la edad. En cambio, el número de convivientes solo mantuvo relación significativa con la percepción de aportación a la sociedad. Controlando el resto de variables en modelos de regresión lineal múltiple, la edad fue la única predictora que mantuvo su significación y un tamaño de efecto medio para la aportación a la sociedad, $t(543) = 9.64, p < .001, \Delta R^2 = .13$, con un sentimiento de mayor aportación a la misma cuanto mayores eran los participantes (ver Figura 17). Un resultado explicable si se tiene en cuenta que el periodo de la juventud está asociado a mayores interrogantes sobre la vida futura, tanto en lo personal como en lo laboral. Tanto la edad como el número de hijos/as tuvieron una relación significativa con la percepción sobre su función como persona en la sociedad controlando el número de convivientes, aunque sin alcanzar un tamaño de efecto medio, $t(543) = 4.60, p < .001, \Delta R^2 = .04$ para la edad y $t(543) = -1.99, p < .001, \Delta R^2 = .01$ para el número de hijos/as. Más específicamente, se dio una mejor percepción de la función en la sociedad a medida que aumentaba la edad y disminuía el número de hijos/as (ver Figuras 18 y 19). Finalmente, la edad fue también la única predictora significativa en el caso del progreso social, $t(543) = 4.04, p < .001, \Delta R^2 = .03$, aunque sin alcanzar tampoco un tamaño de efecto medio. El progreso social se evaluó más positivamente cuanto mayor era la edad de los participantes (ver Figura 20).

Figura 17. Regresión lineal parcial de la aportación a la sociedad en función de la edad

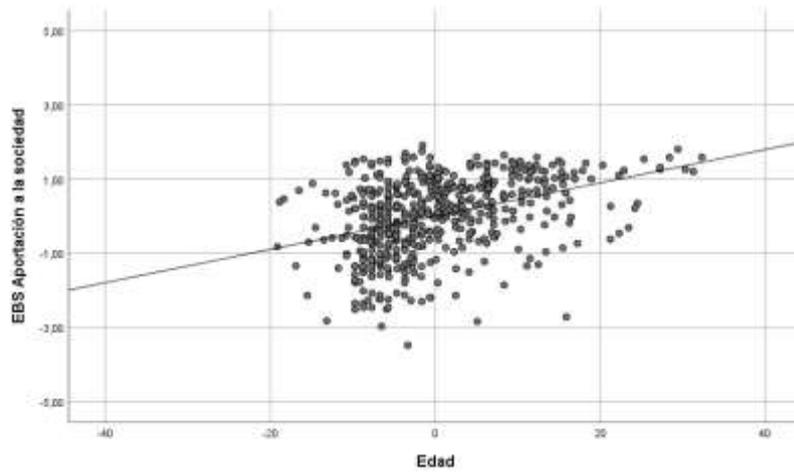


Figura 18. Regresión lineal parcial de función en la sociedad en función de la edad

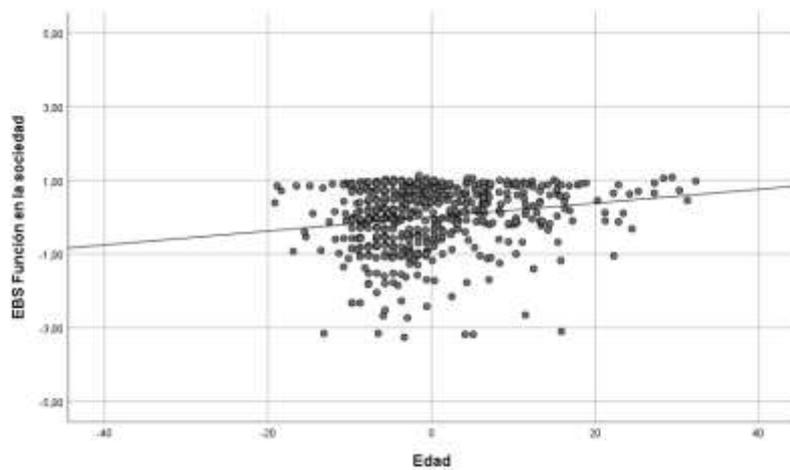


Figura 19. Regresión lineal parcial de función en la sociedad en función del nº de hijos/as

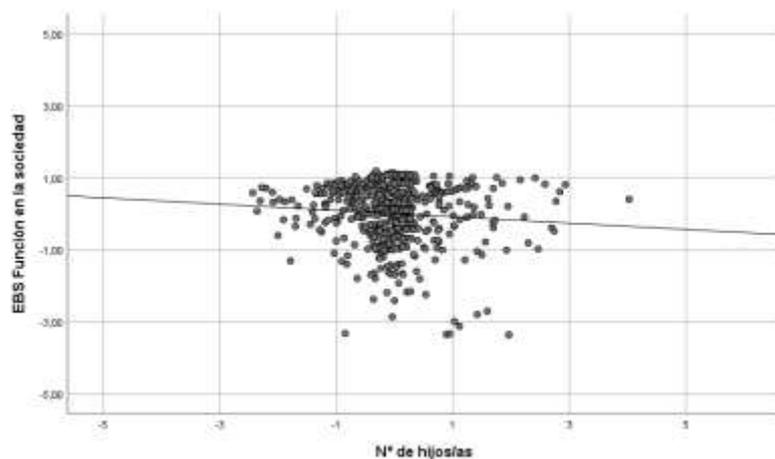
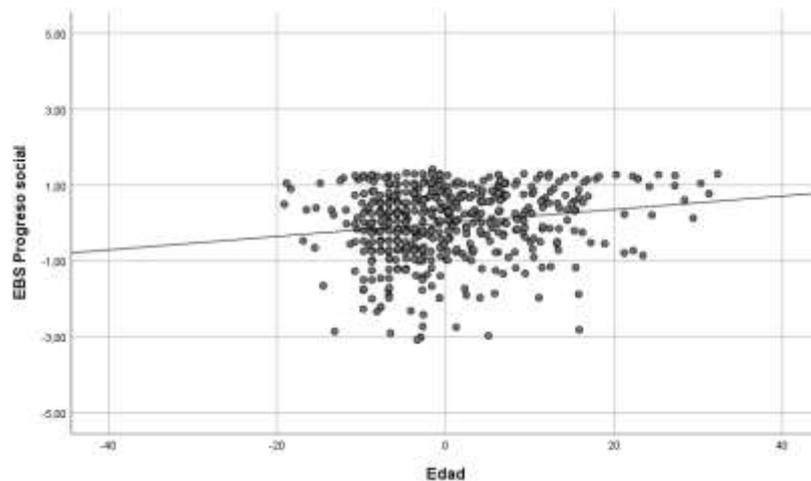


Figura 20. *Regresión lineal parcial del progreso social en función de la edad*



En general, resultan bastante explicables las relaciones con la edad y todas las medidas de bienestar social, ya que la juventud supone un periodo vital de mayor incertidumbre, afrontamiento de cambios y cuestionamientos sobre el futuro en la sociedad que la adultez. Más difícil de explicar sería la correlación negativa entre la función en la sociedad y el número de hijos/as si se considera que el hecho de tener descendencia constituye en sí misma una aportación a la sociedad. No obstante, también es verdad que cuantos más descendientes se tenga a cargo, más difícil es aportar a la sociedad en otro tipo de cuestiones, y puede que este otro tipo de cuestiones hayan pesado más a la hora de responder a estos ítems que las cuestiones relacionadas con tener descendencia.

Por otro lado, como muestra la Tabla 7, ninguna de las subescalas de bienestar social mantuvo relación significativa con el género, contrastando esta ausencia de diferencias con su presencia en relación con variables de salud de carácter más individual: la calidad de vida relacionada con la salud física y la salud psicológica.

Sí se encontraron en cambio relaciones significativas (ver Tabla 7) entre otras variables como la orientación sexual y la aportación a la sociedad, aunque con un tamaño de efecto pequeño (ver Figura 21). Así, la aportación propia a la sociedad se consideró más positiva entre las personas heterosexuales que entre las de otra orientación sexual. No es de extrañar este resultado sabiendo que a las personas que no cumplen con los requisitos normativos de una sociedad les resulta más difícil encajar en ella.

Por su parte, todas las relaciones fueron significativas en función del colectivo, en todos los casos con tamaños de efecto al menos medio, y grande en el caso de la aportación social. Las percepciones sobre su aportación social, su función social y el progreso social fueron menores en el colectivo de estudiantes que en el de profesorado y personal de administración (ver Tabla 7 y Figura 22). Este resultado es coherente con el previamente descrito respecto a la edad, ya que el colectivo de menor edad era el de estudiantes.

Figura 21. Medias e intervalos de confianza al 95% de la portación a la sociedad en función de la orientación sexual

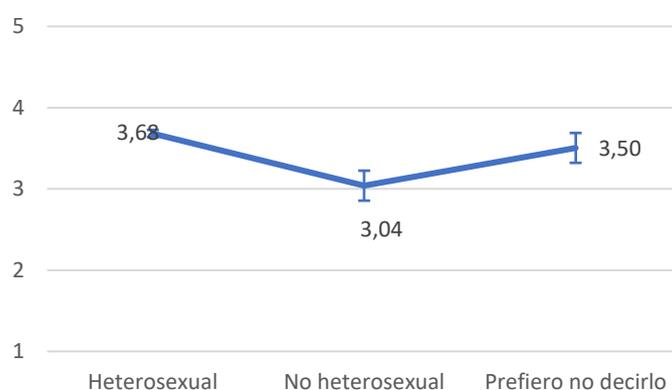
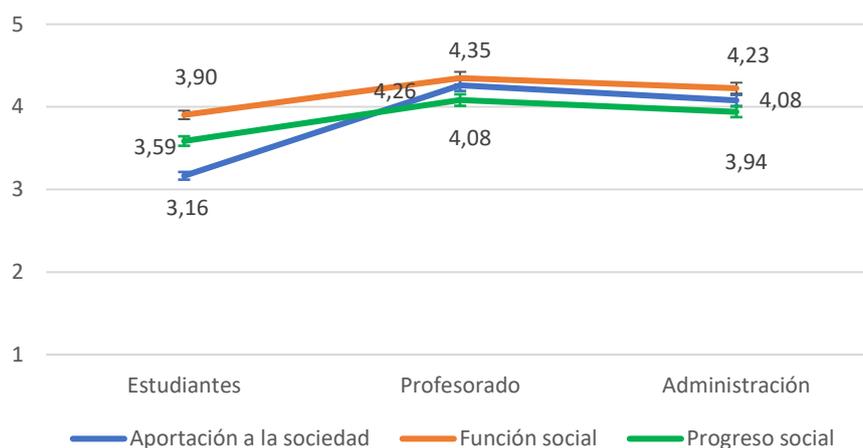
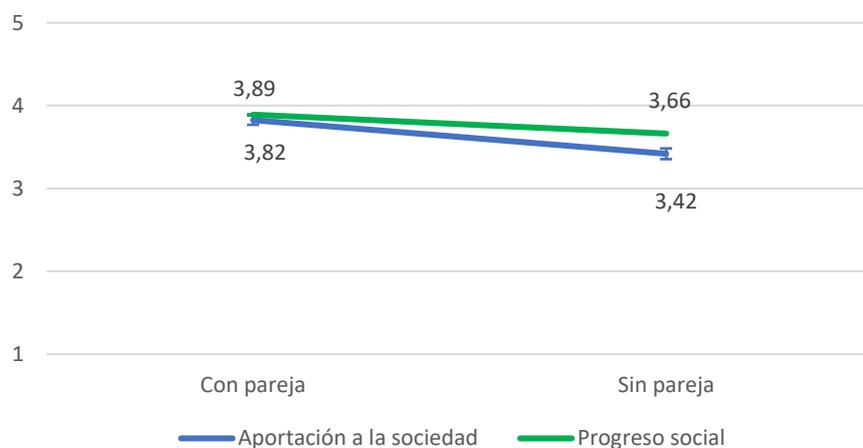


Figura 22. Medias e intervalos de confianza al 95% de bienestar social (EBS) en función del colectivo



En relación con la situación sentimental, la percepción de la aportación a la sociedad y el progreso social resultaron superiores en las personas con pareja que en las que no la tenían, aunque con tamaños de efecto pequeños (ver Tabla 7 y Figura 23).

Figura 23. Medias e intervalos de confianza al 95% de bienestar social (EBS) en función de la situación sentimental



Así, tanto el bienestar psicológico, del que hemos hablado previamente, como el bienestar social serían superiores en las personas que tienen a alguien con quien compartir sus vidas, pero quedaría por dilucidar si este es un beneficio intrínseco del hecho de tener una pareja o es la sociedad quien nos educa a pensar y sentir que no somos igualmente útiles a la sociedad si no la tenemos, tanto hombres como mujeres, ya que no se dieron diferencias en función del género (ver Tabla 7) ni interacciones entre el género y la situación sentimental: $F(1,592) = 3.61, p = .058$; $F(1,592) = 1.48, p = .224$, y $F(1,592) = 1.29, p = .256$ para la aportación social, la función social y el progreso social respectivamente. También puede plantearse como hipótesis que esta relación se haya visto facilitada por las condiciones de confinamiento, que podrían llevarnos a pensar que poder contar con alguien en momentos tan duros puede ayudar a sobrellevar la carga y afrontar mejor los problemas derivados de la pandemia.

3.2.2. IMPACTO DE LA COVID-19 EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

3.2.2.1. Miedo a la COVID-19 (FCV-19)

En contra de lo que podría esperarse, el miedo a la COVID-19 no tuvo relación significativa con la edad de los participantes, $r(N = 557) = .04, p = .357$, a pesar de los conocidos efectos más negativos de esta enfermedad sobre las personas mayores. Como ya se ha comentado previamente, esto podría explicarse porque, aunque las personas más jóvenes no tienen tanto miedo a contagiarse, sí han tenido y tienen miedo a que enfermen de COVID-19 sus personas mayores allegadas, al mismo tiempo que se ven más afectados en sus relaciones sociales a causa de las medidas restrictivas por la pandemia.

Tampoco se dio una relación significativa con el número de hijos/as, $r(N = 584) = .07, p = .075$, pero sí con el número de personas convivientes, $r(N = 583) = .13, p = .002$. El miedo a la COVID-19 fue mayor a medida que aumentaba el número de personas convivientes, aunque el tamaño de este efecto fue pequeño. Esta relación podría explicarse por la mayor probabilidad de contagio a medida que aumenta el número de personas convivientes y por los mayores gastos asociados a la enfermedad de uno o más miembros de la unidad familiar. El número de convivientes fue la única variable que mantuvo su significación controlando la edad y el número de hijos, aunque con un tamaño de efecto pequeño, $t(543) = 2.98, p = .003, \Delta R^2 = .02$ (ver Figura 24).

La Tabla 8 muestra los análisis que relacionan el miedo a la COVID-19 con otras variables cualitativas del cuestionario ad hoc. Como puede observarse, el miedo a la COVID-19 no tuvo relaciones significativas con la orientación sexual, ni la situación sentimental, pero sí con otras como el género y el colectivo de pertenencia, aunque sin alcanzar un tamaño de efecto medio. Así, el miedo a la COVID-19 fue superior en las mujeres que en los hombres (ver Figura 25), lo que podría deberse en parte a la mayor dedicación a los cuidados que la epidemia ha exigido a las mujeres, fruto de la socialización diferencial de género en relación con la salud y los cuidados, que no insta a los hombres a cuidarse a sí mismos ni a otras personas. Y el miedo también fue superior en el personal de administración que en el profesorado, sin encontrarse diferencias entre estudiantes y profesorado (ver Figura 26), tal vez por la mayor posibilidad del alumnado y el profesorado para trabajar virtualmente, disminuyendo así los contactos profesionales y con ello las probabilidades de contagio.

Figura 24. Regresión lineal parcial del miedo a la COVID-19 (FCV-19) en función del nº de convivientes

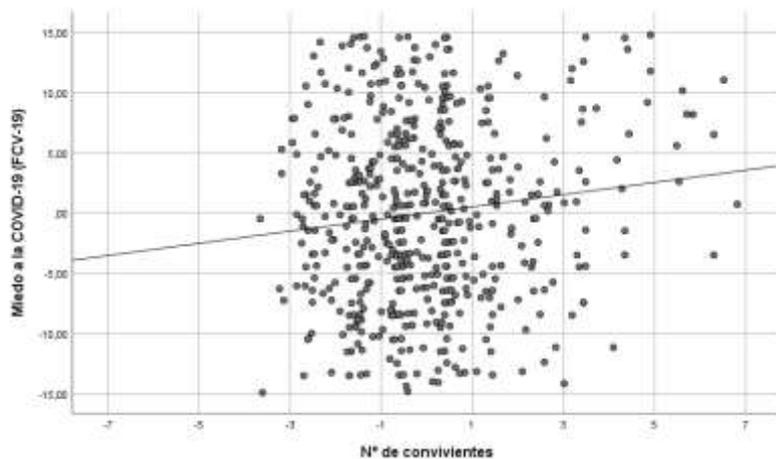


Figura 25. Medias e intervalos de confianza al 95% del miedo a la COVID-19 en función del género

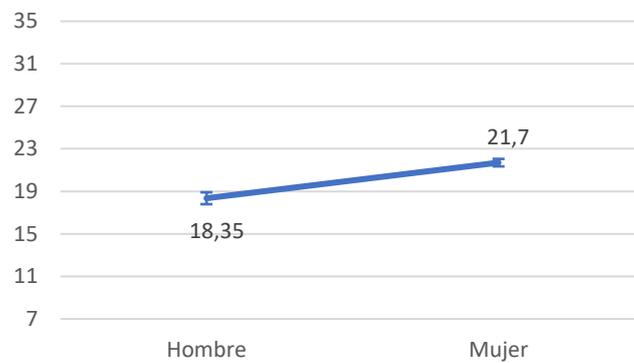


Figura 28. Medias e intervalos de confianza al 95% del miedo a la COVID-19 en función del colectivo

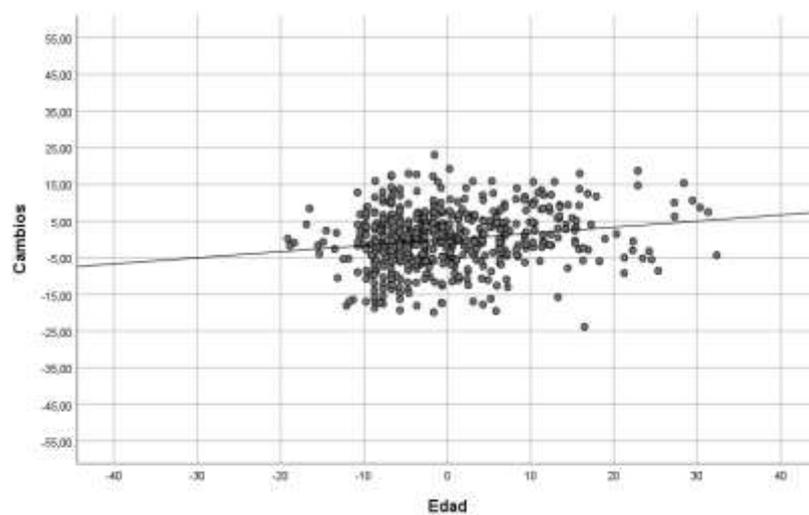


3.2.2.2. Cambios vitales provocados por la pandemia (cuestionario ad hoc)

La valoración sobre los cambios vitales entre antes y después de la pandemia no tuvo relación significativa con el número de personas convivientes, $r (N = 583) = - .05, p = .254$. Sí resultó significativa la relación con el número de hijos/as, $r (N = 584) = .24, p < .001$, y la edad, $r (N = 557) =$

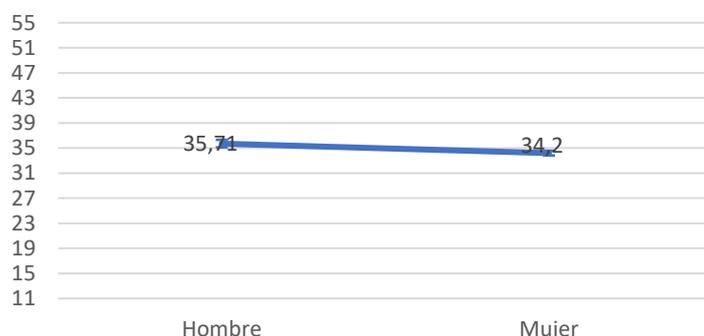
.28, $p < .001 = .002$, en ambos casos con un tamaño de efecto cercano al nivel medio. No obstante, solo la edad mantuvo su relación significativa en un modelo de regresión lineal múltiple, controlando el número de convivientes y el número de hijos/as. Así, los cambios vitales entre antes y después de la pandemia fueron percibidos como más favorables a medida que aumentaba la edad (ver Figura 29). Este dato vuelve a reflejar la dureza relativa que ha supuesto la pandemia para las personas más jóvenes, probablemente debido al confinamiento y la disminución de las relaciones sociales en unas edades donde estas son frecuentes y vitales para el desarrollo personal.

Figura 29. *Regresión lineal parcial de los cambios vitales por la pandemia en función de la edad*



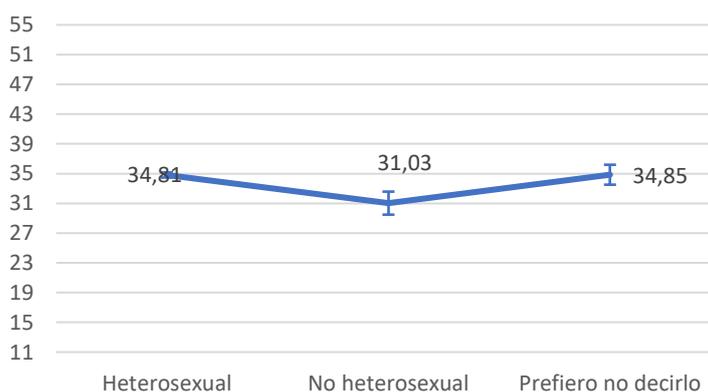
La Tabla 9 muestra el análisis de la percepción de los cambios vitales en función de algunas otras variables sociodemográficas cualitativas. Como puede observarse, se dieron diferencias significativas en función de todas las variables analizadas. Más específicamente, los cambios entre antes y después de la pandemia fueron más desfavorables para las mujeres que para los hombres (ver Figura 30). Aunque la fuerza de esta relación no fue grande, resulta importante tener en cuenta que pueda darse, por cuanto esta percepción de empeoramiento de la propia vida, tal vez por la sobrecarga de cuidados que ha supuesto el confinamiento y la COVID-19 para las mujeres, podría provocar a su vez efectos desfavorables en su salud respecto a la de los hombres. No es un resultado extraño si tenemos en cuenta que las mujeres suelen salir en peores condiciones de otros tipos de crisis como las económicas, en gran parte porque ya se encuentran en peores condiciones cuando las crisis se inician y éstas no hacen más que agravar las desigualdades (Gálvez y Rodríguez, 2012).

Figura 30. *Medias e intervalos de confianza al 95% de los cambios vitales por la pandemia en función del género*



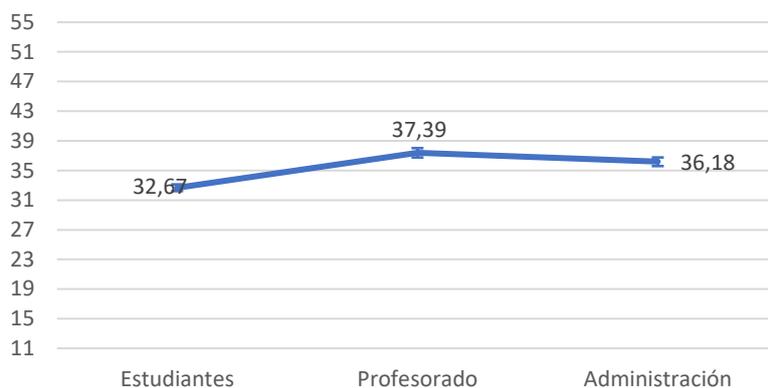
Los cambios vitales también fueron percibidos como más desfavorables por las personas con otra orientación sexual diferente a la heterosexual (ver Tabla 9 y Figura 31), aunque igualmente con un tamaño de efecto pequeño. Como en el caso de las mujeres, esta percepción más desfavorable de los cambios provocados por la pandemia puede deberse en parte a que ya partían de una situación de mayor vulnerabilidad social y familiar, y podría contribuir a efectos más desfavorables sobre su salud.

Figura 31. *Medias e intervalos de confianza al 95% de los cambios por la pandemia en función de la orientación sexual*



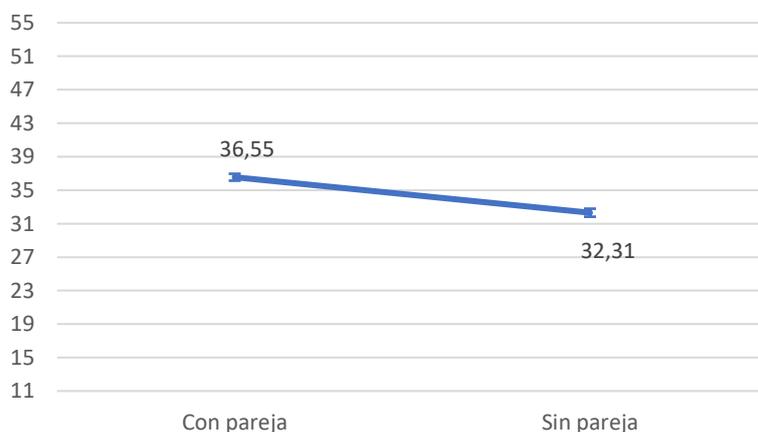
En relación con el colectivo, los y las estudiantes pensaban que los cambios eran más desfavorables que el profesorado y el personal de administración, un resultado plenamente acorde con la relación previamente comentada respecto a la edad, ya que el alumnado es el colectivo más joven (ver Tabla 9 y Figura 32).

Figura 32. *Medias e intervalos de confianza al 95% de los cambios vitales en función del colectivo*



Finalmente, los cambios fueron percibidos como más desfavorables por las personas sin pareja (ver Tabla 9 y Figura 33). Esta relación podría explicarse por la necesidad de sentir el apoyo material y emocional de otra persona en momentos tan duros como una pandemia, aunque no podemos olvidar que no todas las parejas ejercen esta función, y que la peor parte la han sufrido las mujeres confinadas con sus maltratadores.

Figura 33. *Medias e intervalos de confianza al 95% de los cambios vitales por la pandemia en función de la situación sentimental*



3.2.3. INDICADORES DE SALUD EN FUNCIÓN DEL IMPACTO DE LA COVID-19 Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Una vez analizadas las relaciones con las variables sociodemográficas, tanto de las variables dependientes del estudio, los indicadores de salud, como las independientes, el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios provocados por la pandemia, estamos en disposición de abordar el análisis de cómo se relacionan estos indicadores del impacto de la COVID-19 con la salud, controlando las variables sociodemográficas más relevantes. Así podremos saber por ejemplo si, aunque en general las mujeres presenten peores indicadores de salud de los hombres, también puede ocurrir que su salud sea peor a medida que tienen más miedo a la COVID-19 o hayan sufrido cambios vitales más negativos a causa de la pandemia. Para llevar a cabo este análisis ajustado en función de las variables sociodemográficas se omitió la variable número de hijos, que nunca resultó significativa en los análisis previos cuando se controlaba la edad y el número de convivientes, y se descartó a las personas que prefirieron no expresar su orientación sexual, porque se trata de una categoría de diferente naturaleza a las restantes.

3.2.2.1. Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)

El análisis de regresión lineal múltiple de la salud general sobre el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios provocados por la pandemia, controlando las variables sociodemográficas: edad, número de convivientes, género, orientación sexual, colectivo y situación sentimental (ver Tabla 10), mostró la existencia de relaciones significativas con el miedo a la COVID-19, la percepción de los cambios, el género y el colectivo de estudiantes respecto al del personal de administración. Pero la fuerza de estas relaciones solo alcanzó el tamaño de efecto medio en el caso de la percepción de los cambios, y se quedó en un nivel cercano a medio en el caso del miedo a la COVID-19. Más específicamente, la salud general empeoró a medida que los participantes expresaron más miedo a la COVID-19 (ver Figura 34) y los cambios provocados por la pandemia se percibieron como más negativos (ver Figura 35).

El hecho de que bajen o incluso desaparezcan las relaciones significativas con otras variables sociodemográficas, incluso con aquellas como el colectivo universitario que habían alcanzado previamente un tamaño de efecto medio, se explicaría porque dichas relaciones se debían parcialmente al miedo a la COVID-19 y a la percepción de los cambios provocados por la pandemia.

Así, las personas jóvenes, con mayor número de convivientes, mujeres, con otra orientación sexual diferente a la heterosexual, estudiantes y/o sin pareja sentimental serían al mismo tiempo las que habrían sufrido más miedo a la COVID-19 y más cambios vitales negativos a causa de la pandemia, siendo estas variables las principales responsables de sus problemas de salud general.

Figura 34. Regresión lineal parcial de la salud general en función del miedo a la COVID-19

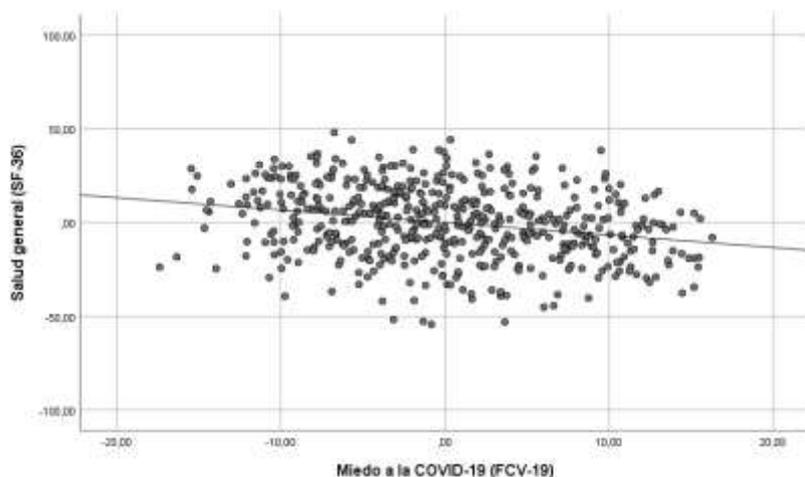
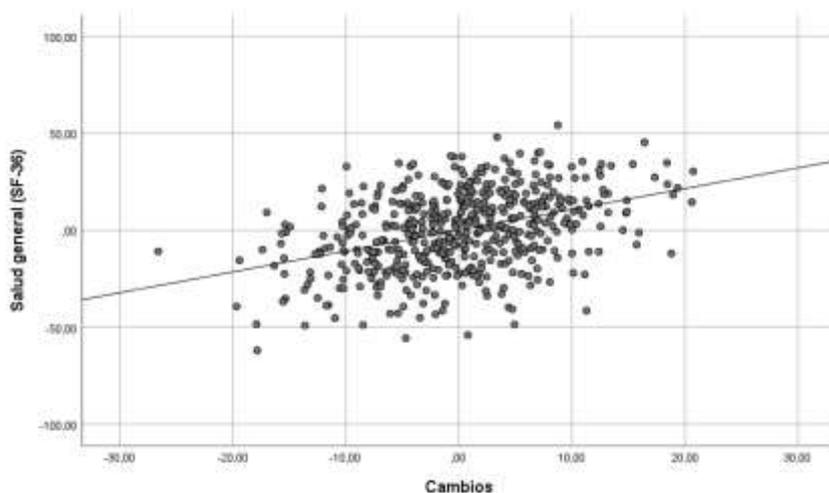


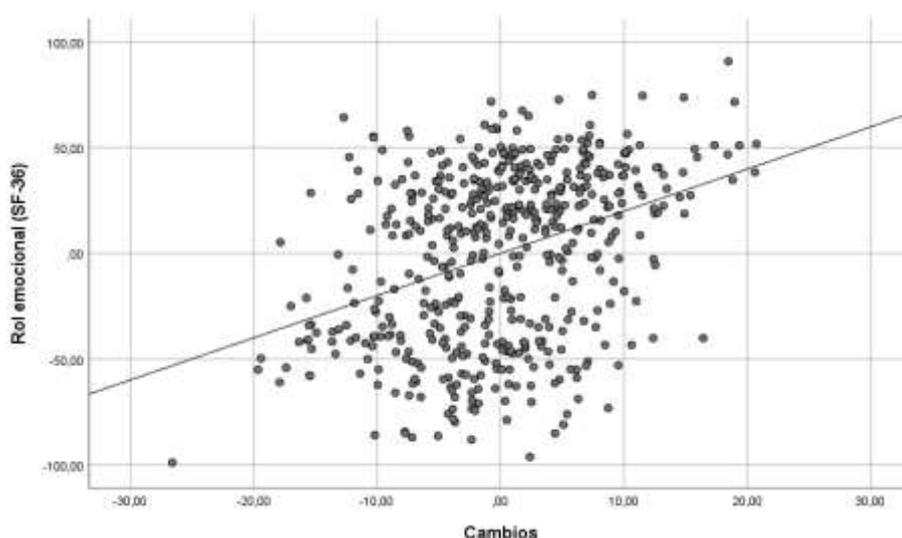
Figura 35. Regresión lineal parcial de la salud general en función de los cambios vitales provocados por la pandemia



Respecto al grado en que los problemas de salud física interfirieron con el trabajo o la vida diaria, el rol físico, las únicas relaciones significativas fueron nuevamente con el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios, aunque para ninguna de ellas se alcanzó un tamaño de efecto medio.

Finalmente, en relación con la interferencia en la vida diaria o en el trabajo de los problemas emocionales, el rol emocional, se encontraron significativas las relaciones con el miedo a la COVID-19, la percepción de los cambios vitales y la situación sentimental (ver Tabla 12), aunque únicamente se alcanzó un tamaño de efecto medio en el caso de los cambios vitales. Así, cuanto más negativos fueron dichos cambios vitales provocados por la pandemia, en mayor medida interfirieron los problemas emocionales con el desarrollo normal de la vida o el trabajo (ver Figura 36).

Figura 36. *Regresión lineal parcial del rol emocional en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*



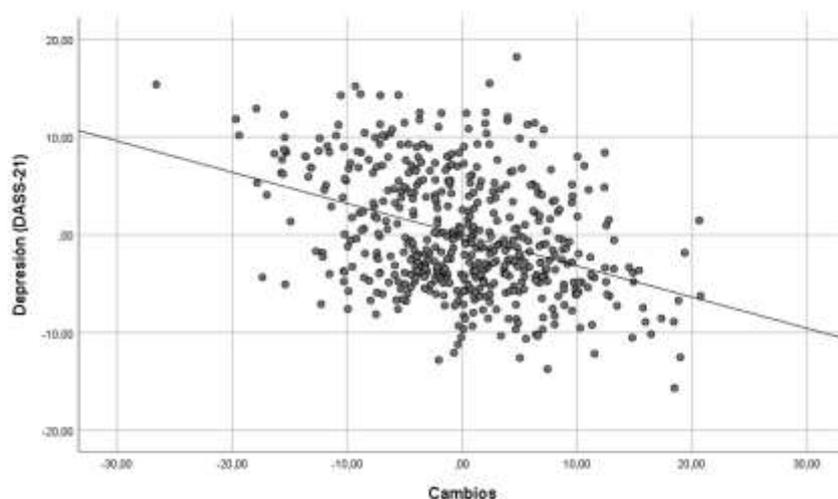
De forma equivalente a lo que ocurría con la salud general, el hecho de que desaparezcan o bajen las significaciones de las relaciones entre el rol emocional y otras variables sociodemográficas detectadas como significativas en los análisis previos, incluso con tamaños de efecto medios como el colectivo y la situación sentimental, se explicaría por el papel de la percepción de los cambios provocados por la pandemia. Así, las personas más jóvenes, mujeres, con otra orientación sexual diferente a la heterosexual, estudiantes y/o sin pareja sentimental habrían sufrido los cambios más negativos entre antes y después de la pandemia, y de ahí la mayor interferencia de los problemas emocionales en su vida diaria o su trabajo.

3.2.2.2. *Salud psicológica (DASS-21)*

La Tabla 13 muestra las relaciones significativas de la depresión con el miedo a la COVID-19, la percepción de los cambios provocados por la pandemia y pertenecer al colectivo de estudiantes o al

personal de administración, pero solo se alcanzó un tamaño de efecto medio en el caso de los cambios vitales provocados por la pandemia. Así, las personas que percibieron los cambios como más negativos fueron quienes obtuvieron mayores índices de depresión (ver Figura 37). Al introducir en el modelo el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios desaparecieron o se hicieron más débiles las relaciones significativas con el resto de las variables, incluso con aquellas cuyo tamaño de efecto había sido medio como la edad, el colectivo y la situación sentimental. Así, habrían sido las personas más jóvenes, con mayor número de convivientes, mujeres, con otra orientación sexual diferente a la heterosexual, estudiantes y/o sin pareja sentimental quienes habrían sufrido mayor miedo a la COVID-19 y habrían percibido los cambios provocados por la pandemia como más negativos, manifestando por ello los niveles de depresión más elevados respecto al resto.

Figura 37. *Regresión lineal parcial de la depresión en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*



Para la ansiedad se encontraron diferencias significativas entre estudiantes y personal de administración y entre hombres y mujeres, pero con tamaños de efecto bajos, mientras que sí se alcanzó el nivel medio para el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios (ver Tabla 14). Así, las personas que mostraron mayor ansiedad fueron aquellas que expresaron haber sufrido más miedo a la COVID-19 (ver Figura 38) y quienes percibieron los cambios de forma más negativa (ver Figura 39). Al tener en cuenta el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios provocados por la pandemia, nuevamente descienden o incluso desaparecen las relaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas que se habían encontrado previamente, poniéndose de manifiesto

que serían estas variables las que se comportarían de forma diferencial en los colectivos que mostraron mayores niveles de ansiedad.

Figura 38. *Regresión lineal parcial de la ansiedad en función del miedo a la COVID-19*

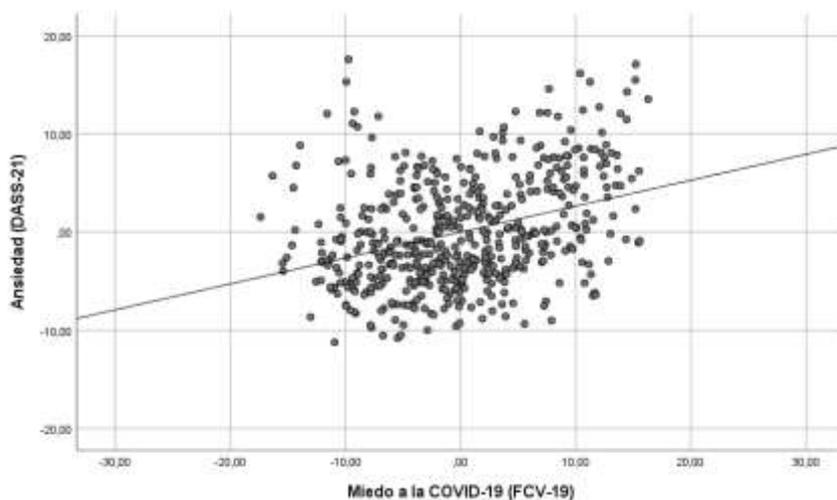
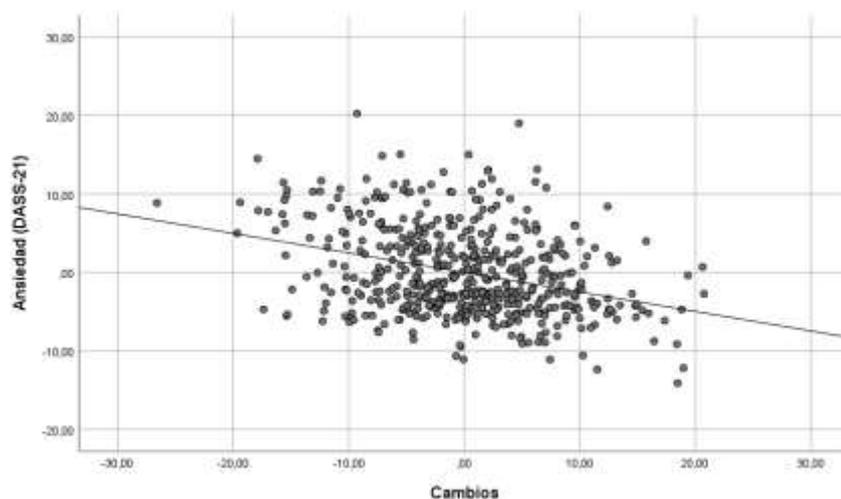


Figura 39. *Regresión lineal parcial de la ansiedad en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*



Finalmente, el estrés también mostró relación significativa con el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios por la pandemia, con tamaños de efecto medios, mientras que las relaciones con la edad y el género fueron significativas, pero con tamaños de efecto pequeños (ver Tabla 15). Como muestran las Figuras 40 y 41, el estrés fue mayor cuanto mayor fue el miedo a la COVID-19 y más negativamente se percibieron los cambios provocados por la pandemia. Una vez más las relaciones con el resto de variables ya no fueron significativas o se hicieron más débiles al ajustar sus datos por

el miedo a la COVID-19 y la percepción de los cambios, debido a que estas variables se comportaron diferencialmente en los grupos de personas que presentaron más signos de estrés.

Figura 40. *Regresión lineal parcial del estrés en función del miedo a la COVID-19*

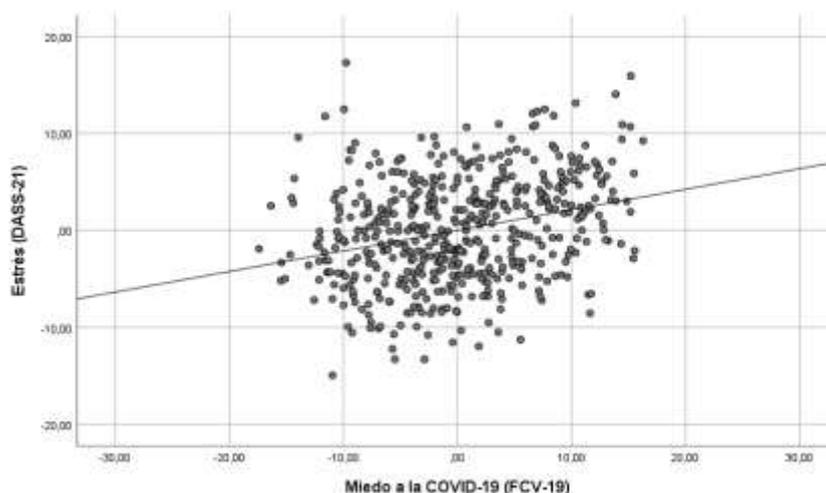
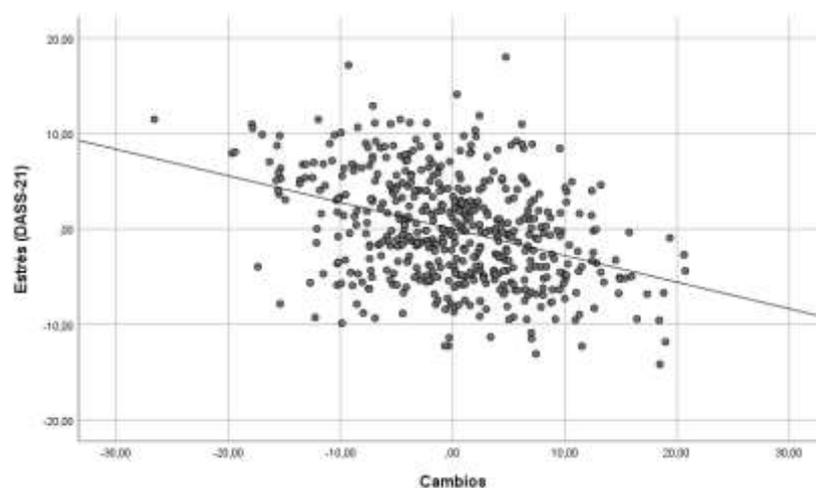


Figura 41. *Regresión lineal parcial del estrés en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*



3.2.2.3. Bienestar social (EBS)

Como muestran las Tablas 16 y 17, la única relación significativa y con tamaño de efecto medio respecto a la aportación a la sociedad y la función social fue la de la percepción de los cambios vitales, con una mayor valoración de la aportación y la función social a medida que los cambios provocados por la pandemia se percibieron más positivamente (ver Figuras 42 y 43). En cambio, ninguna relación alcanzó un tamaño de efecto medio en el caso del progreso social (ver Tabla 18), aunque fueron

significativas las relaciones con la percepción de los cambios provocados por la pandemia y el pertenecer al colectivo de estudiantes versus al profesorado o el personal de administración.

Figura 42. *Regresión lineal parcial de la aportación a la sociedad en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*

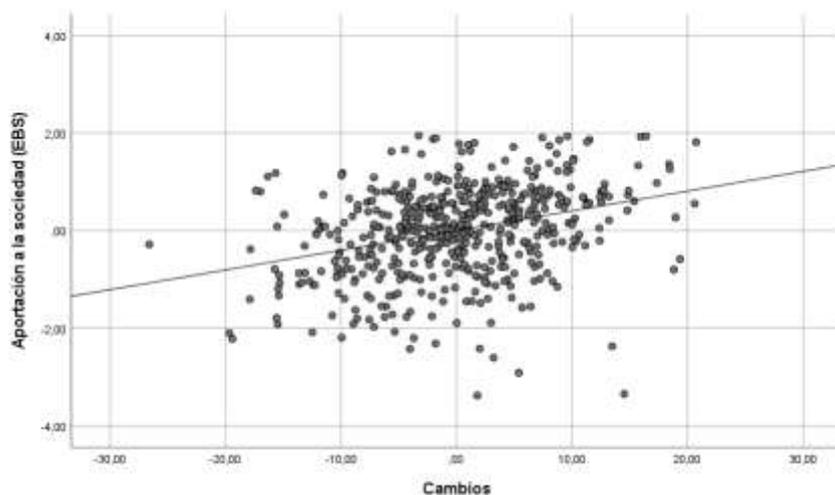
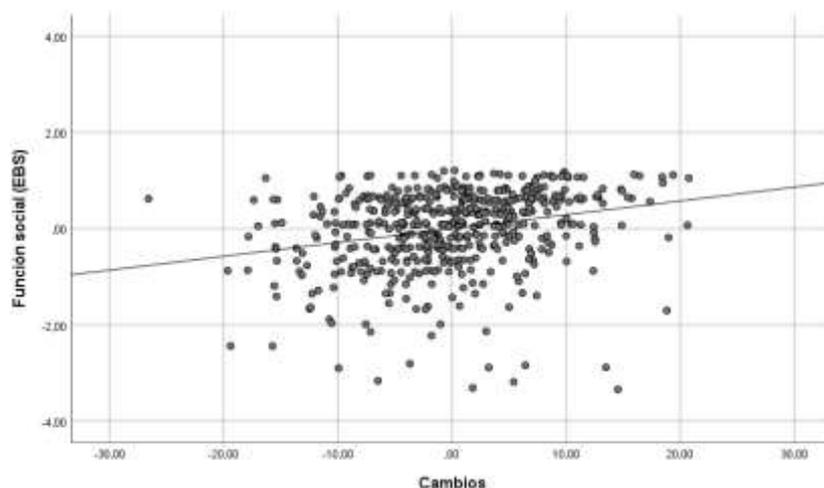


Figura 43. *Regresión lineal parcial de la función social en función de los cambios vitales provocados por la pandemia*



Una vez más las relaciones previamente encontradas con el resto de variables se hicieron más leves o desaparecieron al controlar la percepción de los cambios vitales, indicando que los grupos con menor bienestar social coincidieron con aquellos que percibieron los cambios más negativamente: jóvenes, con mayor número de convivientes, no heterosexuales, estudiantes y/o sin pareja sentimental.

3.3. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA SALUD

3.3.1. VIOLENCIA DE GÉNERO PERCIBIDA EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Antes de adentrarnos en el análisis de los efectos sobre la salud de la violencia de género, comenzaremos analizando la percepción de los participantes sobre dicha violencia. La primera cuestión a comentar es que el promedio de las puntuaciones se situó por encima del promedio de la escala en todos los casos (3, para puntuaciones entre 0 y 6), con el promedio mayor para la percepción de la dominación hostil, $M = 4.14$, IC 95% [3.95 – 4.33], y el menor para la percepción de la dominación controladora-posesiva, $M = 3.78$, IC 95% [3.63 – 3.96]. Sin embargo, la correcta percepción de la violencia de género en todas sus vertientes requeriría puntuaciones cercanas a 6, existiendo por tanto un amplio margen de mejora en dicha percepción.

En cuanto a las relaciones con otras variables, la violencia de género percibida se relacionó significativamente con la edad y el número de hijos, aunque con tamaños de efecto pequeños (ver Tabla 19). Más específicamente, la violencia de género percibida fue inferior a medida que aumentaba la edad y el número de hijos/as. Sin embargo, ninguna de estas variables mantuvo su significación en un modelo de regresión lineal múltiple con la edad, el número de hijos/as y el número de convivientes como predictoras.

Por su parte, la Tabla 20 muestra los resultados de los diferentes ANOVA y pruebas a posteriori desarrollados sobre las puntuaciones derivadas de la Escala de Violencia de Género Percibida en función de las variables cualitativas recogidas en el cuestionario ad hoc. Como puede observarse, no se encontraron diferencias en la violencia de género percibida en función del género. Este resultado va en contra de lo esperado, una mayor percepción de la violencia de género por parte de las mujeres debido a su mayor sensibilización con el tema por ser ellas quienes la sufren. Estas diferencias sí se han encontrado con estudiantes españoles/as de educación secundaria (e.g., Delgado y Mergenthaler, 2011, con otro instrumento de medida de la violencia psicológica; Flikt, 2019, con el mismo instrumento utilizado en este estudio). Una posible explicación es que en el contexto español se hayan implementado en mayor medida planes de sensibilización especialmente dirigidos a las mujeres.

Tampoco se encontraron diferencias en función del colectivo de la UNAH al que pertenecían los participantes, pero sí, aunque con un tamaño de efecto pequeño, en función de la orientación sexual. Las personas que se declararon homosexuales, bisexuales, asexuales o pansexuales percibieron en mayor medida la violencia de género (ver Tabla 20 y Figura 44), tal vez por haber sufrido una mayor discriminación por su orientación sexual, y estar por ello más sensibilizadas con cualquier tipo de violencia y discriminación. Por último, las personas con pareja percibieron la violencia de género en menor medida que las personas sin pareja, también con tamaños de efecto pequeños (ver Tabla 20 y Figura 45). Esto puede deberse a una mayor normalización de las conductas violentas cuando la persona está inmersa en una relación sentimental, cuando actúan más probablemente los mitos del amor romántico, que cuando dichas conductas se califican desde fuera de una relación.

Figura 44. Medias e intervalos de confianza al 95% de la violencia de género percibida en función de la orientación sexual

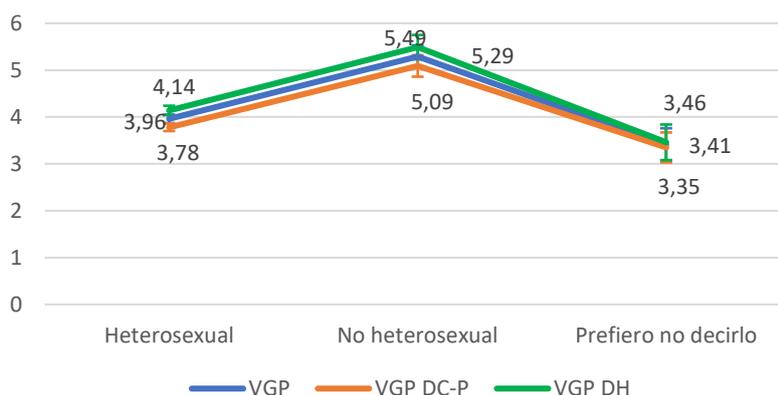
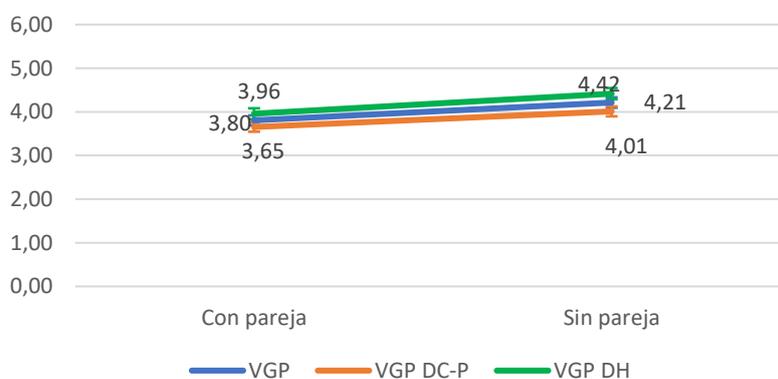


Figura 45. Medias e intervalos de confianza al 95% de la violencia de género percibida en función de la situación sentimental



3.3.2. VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE NOVIAZGO (VADRI-MX) EN FUNCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

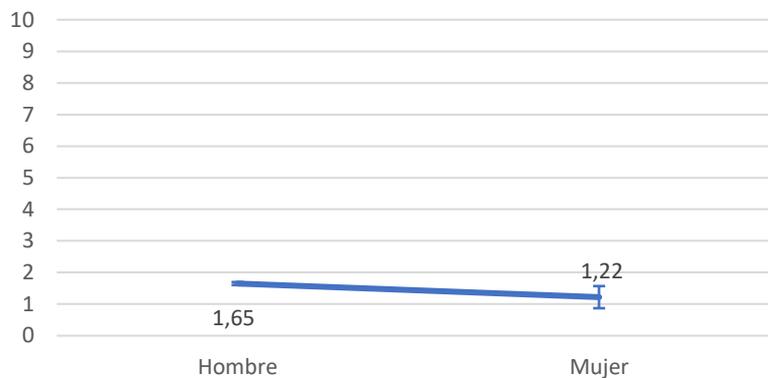
Para este análisis se seleccionó exclusivamente a los participantes que dijeron tener o haber tenido pareja (el cuestionario podía responderse respecto a una pareja actual o pasada) y con edades iguales o inferiores a 24 años. Como ya se ha comentado previamente, el VADRI-MX está especialmente diseñado para adolescentes y jóvenes de entre 19 y 22 años, pero se decidió ampliar el intervalo hasta los 24 para incluir el periodo completo de la juventud definido por las Naciones Unidas. Los participantes que reunieron estas características fueron mayoritariamente estudiantes ($n = 168$); solo unas pocas personas pertenecían al personal de administración ($n = 2$).

En primer lugar, es de destacar las bajas puntuaciones obtenidas en todas las dimensiones de violencia perpetrada o sufrida (ver Tabla 21), con medias inferiores a 3 cuando los valores de dichas variables podían oscilar entre 1 y 10. La violencia no es por tanto el comportamiento mayoritario entre los y las jóvenes con sus parejas. Sin embargo, en comparación con el estudio previo de Zamora-Damián et al. (2018), con hombres mexicanos, las medias de los hombres de nuestro estudio resultaron significativamente superiores en algunas dimensiones (ver medias del estudio previo en la última fila de la Tabla 21). Así, no se encontraron diferencias en la perpetración de violencia directa severa, $t(32) = 1.92, p = .064$, ni en su sufrimiento, $t(32) = 1.87, p = .070$. En cambio, sí se encontraron respecto a la violencia abierta verbal: los hombres del presente estudio mostraron una media superior tanto en perpetración, $t(32) = 2.71, p = .011$, como en victimización, $t(32) = 2.62, p = .005$. Por último, también mostraron una media mayor de perpetración de violencia sutil controladora, $t(32) = 2.07, p = .046$, pero no de victimización, $t(32) = 1.48, p = .148$.

A continuación se calcularon las correlaciones de Pearson de cada una de estas dimensiones de violencia en la pareja con la edad, el número de hijos/as y el número de convivientes. Ninguna correlación resultó significativa ni con tamaño de efecto medio, un resultado coherente con la disminución del rango de valores de estas variables cuando se utilizan únicamente personas jóvenes.

Sí se encontró relación entre la violencia y el género. Como muestra la Tabla 22, se encontraron diferencias significativas, y con un tamaño de efecto medio, entre mujeres y hombres en la perpetración de la violencia directa severa, superior en los hombres que en las mujeres (ver Figura 46).

Figura 46. Medias e intervalos de confianza al 95% de la perpetración de violencia directa severa en función del género



Este resultado difiere del encontrado en otros estudios previos con adolescentes mexicanos, donde los hombres manifestaron haber sufrido más violencia directa severa que las mujeres (Rojas-Solís y Romero-Méndez, 2022), o más violencia psicológica sutil controladora (Romero-Méndez et al., 2021), y no reconocieron haber perpetrado ningún tipo de violencia en mayor medida que las mujeres. En primer lugar, los resultados de estos estudios previos podrían constituir artefactos estadísticos por la excesiva potencia estadística. Los índices de tamaño de efecto d de Cohen calculados a partir de las medias y desviaciones tipo proporcionadas en las publicaciones no llegan al nivel medio ($.26 > .50$ para la violencia directa severa y $.06 < .50$ para la psicológica sutil controladora). En cambio, el tamaño de efecto en nuestro estudio sí llegó al nivel medio en términos del índice R^2 , resultando por tanto nuestros resultados más concluyentes. Estos apuntan a la unidireccionalidad de la violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes, al menos en lo que se refiere a las formas más graves de violencia, ya que quienes la perpetraron son en mayor medida los hombres que las mujeres. Al mismo tiempo, podrían estar indicando una normalización de este tipo de conductas en los adolescentes hondureños, que no tienen reparos en reconocerse a sí mismos como perpetradores de este tipo de violencia hacia sus parejas.

Por último, no se encontró ninguna diferencia significativa en función de la orientación sexual ni en función de tener o no pareja sentimental en el momento que se respondió al inventario VADRI-MX, y no se realizaron comparaciones en función del colectivo porque la muestra seleccionada era casi exclusivamente de estudiantes.

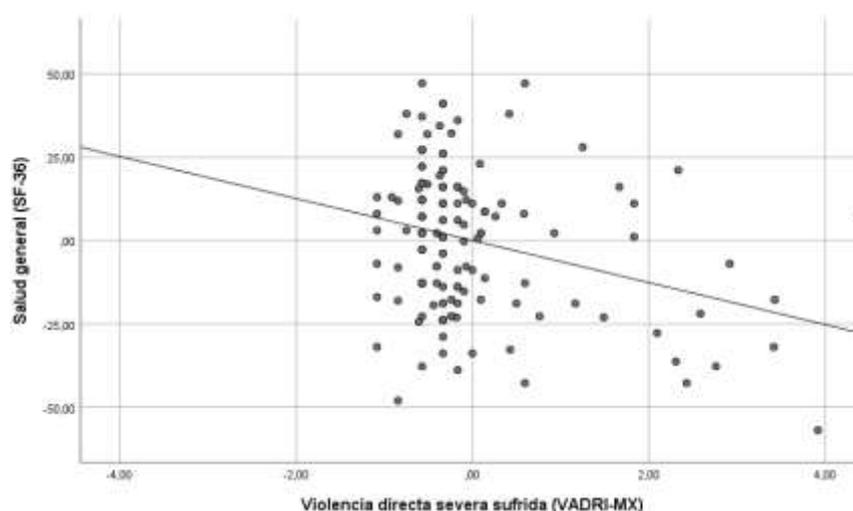
3.3.3. INDICADORES DE SALUD EN FUNCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE NOVIAZGO Y DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Puesto que previamente se han encontrado relaciones significativas entre algunas variables sociodemográficas y los indicadores de salud, el análisis de la salud en función de la violencia recibida se desarrolló controlando dichas variables sociodemográficas, aunque al contar solo con la muestra de participantes con edades iguales o inferiores a 24 años, estas variables sociodemográficas fueron únicamente el género, la orientación sexual y la situación sentimental. Se omiten la edad y el número de convivientes porque sus rangos de valores son muy pequeños en este grupo de participantes, y el colectivo porque eran mayoritariamente estudiantes.

3.3.3.1. Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)

El análisis de regresión lineal múltiple de la calidad de vida relacionada con la salud en función de la violencia directa severa sufrida controlando otras variables sociodemográficas se muestra en la Tabla 23. Como puede observarse, se encontraron cuatro relaciones significativas, pero solo una de ellas alcanzó el tamaño de efecto medio. Se trata de la relación entre el índice de salud general y la violencia directa severa sufrida, con peor salud general a medida que se afirmó sufrir mayor violencia de este tipo (ver Figura 47).

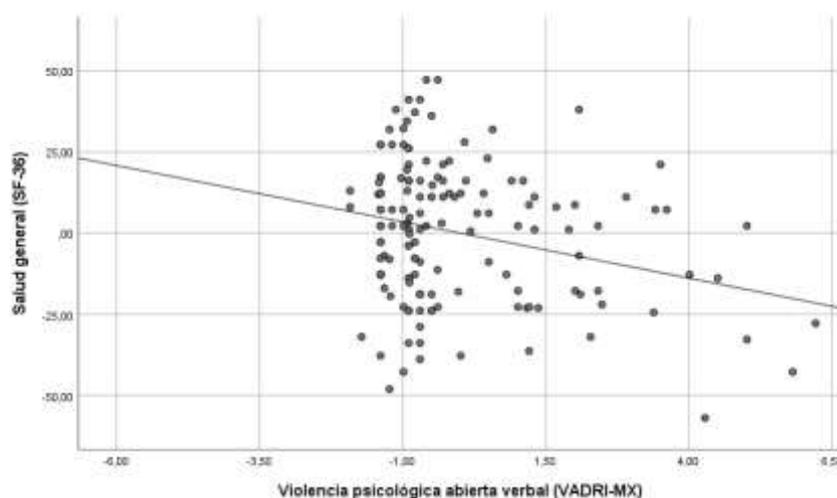
Figura 46. Regresión lineal parcial de la salud general en función de la violencia directa severa sufrida



En relación con la violencia psicológica abierta verbal (ver Tabla 24), nuevamente la única relación significativa que alcanzó un tamaño de efecto medio resultó ser la existente entre la salud general y

el sufrimiento de este tipo de violencia, con un peor índice de salud general a medida que se afirmó haber recibido en mayor medida este tipo de violencia por parte de su pareja (ver Figura 48).

Figura 48. *Regresión lineal parcial de la salud general en función de la violencia psicológica abierta verbal*



A diferencia, ninguna relación resultó significativa y con tamaño de efecto medio en el análisis de la violencia psicológica sutil controladora.

Conjuntamente, los resultados apuntan hacia un impacto de la violencia de género en las relaciones de pareja entre jóvenes y adolescentes sobre la calidad de vida relacionada con la salud física, al menos en algunas de las formas de violencia menos sutiles, la directa severa y la psicológica abierta verbal.

3.3.3.2. *Salud psicológica (DASS-21)*

La Tabla 25 muestra los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple de la salud psicológica, depresión, ansiedad y estrés, en función de la violencia directa severa recibida por parte de la pareja, controlando otras variables sociodemográficas. Como puede observarse, la depresión fue significativamente mayor a medida que se reconoció haber recibido más violencia de este tipo (ver Figura 49), alcanzando dicha relación un tamaño de efecto medio. Y el mismo patrón de resultados se obtuvo para la ansiedad (ver Figura 50). El género también resultó significativo en ambos análisis, con mayor depresión y ansiedad en las mujeres que en los hombres, pero con un tamaño de efecto

pequeño. En cambio, el género fue la única variable que alcanzó la significación y un tamaño de efecto medio en el caso del estrés, sufriendo las mujeres un mayor nivel de estrés que los hombres.

Conjuntamente, estos resultados indican un impacto de la violencia directa severa sufrida sobre la salud psicológica, más específicamente sobre la depresión y la ansiedad, que empeoran a medida que se reconoce haber sufrido más violencia de este tipo por parte de sus parejas. En cambio, independientemente de la violencia directa severa recibida, el estrés habría sido superior en las mujeres que en los hombres durante la pandemia por la COVID-19, lo que podría explicarse en parte por haber caído sobre ellas mayor responsabilidad en relación con los cuidados.

Figura 49. Regresión lineal parcial de la depresión en función de la violencia directa severa sufrida

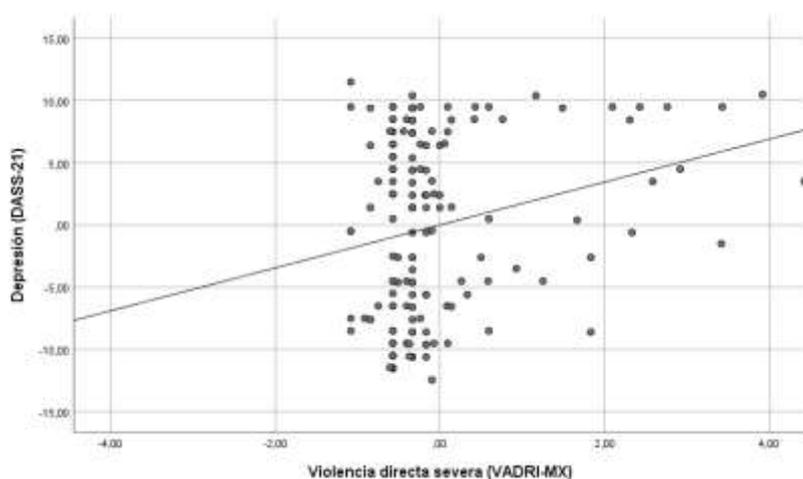
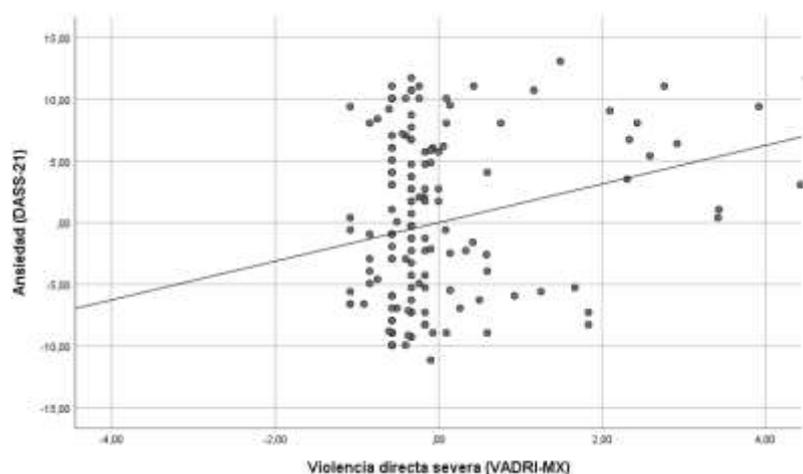


Figura 50. Regresión lineal parcial de la ansiedad en función de la violencia directa severa sufrida



En el análisis del impacto de la violencia psicológica abierta verbal (ver Tabla 26), el patrón de resultados fue similar, aunque en este caso la relación entre sufrir dicha violencia y la depresión y el estrés solo estuvo cerca de alcanzar un tamaño de efecto medio (ver también Figuras 51 y 52). Nuevamente, independientemente de la violencia psicológica abierta verbal recibida, el estrés fue significativamente superior en las mujeres que en los hombres, con un tamaño de efecto medio.

Figura 51. *Regresión lineal parcial de la depresión en función de la violencia psicológica abierta verbal sufrida*

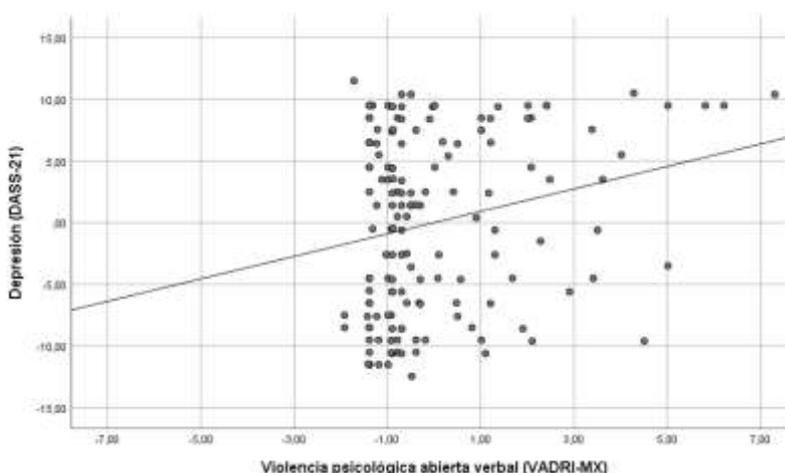
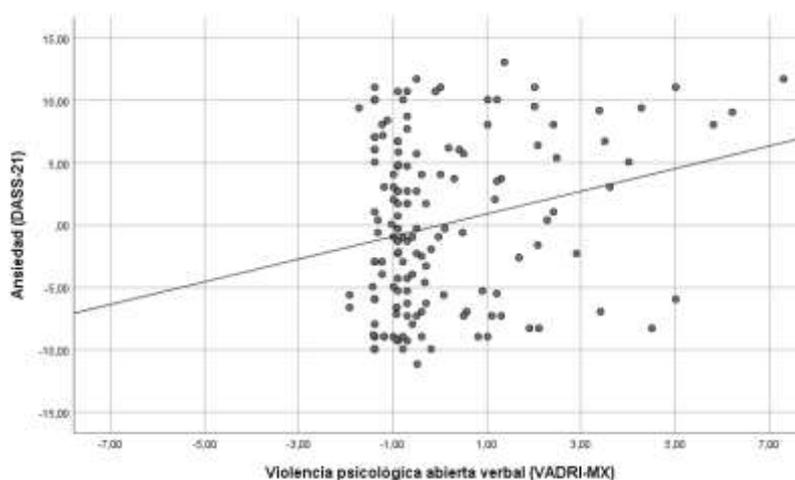


Figura 52. *Regresión lineal parcial de la ansiedad en función de la violencia psicológica abierta verbal sufrida*



Por último, no se encontraron diferencias significativas en depresión, ansiedad, o estrés en función de la violencia psicológica sutil controladora recibida de sus parejas. La única relación significativa y con un tamaño de efecto medio resultó ser nuevamente la relación entre el estrés y el género, con un mayor estrés en las mujeres que en los hombres, $t(150) = -3.20$, $p = .002$, $\Delta R^2 = .06$.

3.3.3.3. *Bienestar social (EBS)*

El análisis del bienestar social en sus tres dimensiones evaluadas: aportación a la sociedad, valoración de su función social y progreso social, en función de la violencia recibida: directa severa, psicológica abierta verbal o psicológica sutil controladora, controlando el género la orientación sexual y la situación sentimental, no reveló ninguna relación significativa y todos los tamaños de efecto fueron pequeños o muy pequeños.

Teniendo en cuenta también los resultados obtenidos previamente sobre la calidad de vida relacionada con la salud física y la salud psicológica, podría concluirse sobre los efectos perjudiciales de la violencia, especialmente en sus formas más severas, sobre la salud física general, la depresión y la ansiedad, mientras que, al menos en la población joven, estos efectos no se trasladarían aún al bienestar social, tal vez porque la violencia necesita prolongarse en el tiempo para que se noten sus efectos a este nivel.

4. RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las Tablas 27 y 28 resumen las relaciones significativas encontradas, con sus correspondientes tamaños de efecto. En general, los resultados resumidos en la Tabla 27 muestran que efectivamente la COVID-19, a través del miedo generado por la misma y/o los cambios vitales sufridos entre antes y después de la pandemia, ha tenido efectos negativos sobre la calidad de vida relacionada con la salud física, la salud psicológica y el bienestar social, y que estos efectos negativos lo han sufrido en mayor medida algunos colectivos de la población universitaria: las personas más jóvenes, estudiantes, mujeres o sin pareja sentimental. Por tanto, debería ser en estos colectivos en quienes la UNAH necesita concentrar sus mayores esfuerzos para la recuperación de su salud.

Tabla 27

Tamaños de efecto de las relaciones significativas encontradas entre variables sociodemográficas e indicadores de impacto de la pandemia y salud

	Edad	Nº convivientes	Género	Orientación sexual	Colectivo	Situación sentimental	Miedo	Cambios
Salud general	P	P	P	P	M	P	P	M
Rol físico				P			P	P
Rol emocional	P		P	P	M	M	P	M
Depresión	M	P	P	P	G	M	P	M
Ansiedad	M	P	P	P	M	P	M	M
Estrés	M	P	M	P	M	P	M	M
Aportación	M	P		P	G	P		M
Función	P				M			P
Progreso	P				M	P		
VGP	P			P		P		
Miedo		P	P		P			
Cambios	P		P	P	M	M		

Notas: VGP = Violencia de género percibida. P = tamaño de efecto pequeño, M = tamaño de efecto medio y G = tamaño de efecto grande.

Entre todas estas variables relacionadas con la salud, algunas han mostrado relaciones menos consistentes que otras con el resto de medidas, como el número de convivientes y la orientación sexual, cuyos tamaños de efecto siempre fueron pequeños. En el caso de la orientación sexual, sus resultados podrían deberse al menor número de participantes que se definen como homosexuales, bisexuales, asexuales o pansexuales, que fueron analizados conjuntamente por requerimientos estadísticos, pero que al mismo tiempo muestran una gran variabilidad entre ellos, dando lugar a estimadores poco fiables.

Por otro lado, recordemos el elevado número de participantes que no quisieron expresar su orientación sexual, sabiendo que el cuestionario era completamente anónimo. Simplemente por ello merece la pena que la UNAH siga incluyendo entre sus políticas el fomento del respeto a la diversidad de cualquier tipo y de la diversidad sexual en particular, en una apuesta por la eliminación de la discriminación y la promoción de la equidad en todas sus vertientes.

Deberían preocuparnos especialmente los casos de depresión, más frecuente en la comunidad universitaria más joven, de estudiantes o sin pareja sentimental, por cuanto los niveles altos de ésta aumentan el riesgo de suicidio y solo una minoría de personas con este padecimiento solicita o recibe tratamiento a nivel mundial, en parte por seguir siendo una enfermedad estigmatizada en la actualidad. Sería fundamental por tanto establecer medidas dentro de la universidad para atender no solo los problemas de salud física, sino también de salud mental, la depresión en particular, todo ello en un marco de absoluta confidencialidad que no empeore las condiciones ya presentes de estigmatización.

En relación con la violencia de género percibida, los resultados muestran un buen margen de mejora en la percepción de la misma. Por ello sería muy recomendable la implementación de planes de sensibilización, especialmente en la población estudiantil de la UNAH, con el objetivo de que aprendan a identificar qué es o no es la violencia de género psicológica y se dejen de normalizar este tipo de conductas violentas cuando las relaciones de pareja están empezando a desarrollarse, en la juventud. Estos programas de sensibilización serían especialmente importantes entre las mujeres, para fomentar que puedan abandonar una relación de pareja poco sana desde que se identifican los primeros indicios de la misma.

En conjunto, los resultados sobre violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes también han venido a mostrar que la perpetración de violencia directa severa es más reconocida por los hombres que por las mujeres, y en mayor medida entre los jóvenes universitarios hondureños que entre jóvenes de otros países, e.g., México. El hecho de que estas conductas se produzcan y/o se reconozcan a pesar de lo claramente discriminatorias y ofensivas que resultan para sus parejas debe preocuparnos sin duda. Son lo más alejado del amor y el respeto necesario en cualquier relación de pareja, pero quizás el romanticismo las disfrace como signos de amor, fruto de los celos. Por ello sería importante incluir en los programas de sensibilización el trabajo de deconstrucción de

los mitos del amor romántico, para que se llegue a distinguir claramente entre el amor hacia otra persona y la posesión de otra persona, contribuyendo así a prevenir la violencia de género en la pareja.

Finalmente, los resultados resumidos en la Tabla 28 también han mostrado los efectos perjudiciales de sufrir violencia, especialmente la de tipo directo severo y la psicológica abierta verbal, sobre la calidad de vida relacionada con la salud física y la salud psicológica, especialmente la depresión y el estrés. Estos efectos negativos no se han visto asociados al sufrimiento de violencia psicológica sutil controladora, pero no por ello debemos despreocuparnos de este tipo de violencia. Precisamente porque es mucho más sutil y cuesta más percibirla, y percibirla como violencia, puede requerir mayor tiempo para mostrar sus efectos, al menos en personas jóvenes que llevan necesariamente poco tiempo de relación con sus parejas. Por otro lado, los efectos negativos de la violencia han podido observarse en la salud individual, pero no se han visto reflejados en el bienestar social, que tal vez también requiera más tiempo de actuación de la violencia.

Tabla 28

Tamaños de efecto de las relaciones significativas encontradas entre variables sociodemográficas e indicadores de violencia recibida salud

	Género	Orientación sexual	Situación sentimental	Directa Severa	Psicológica abierta verbal	Psicológica sutil controladora
Salud general	P			M	M	
Rol físico				P		
Rol emocional			P			
Depresión	P			M	P	
Ansiedad	P			M	P	
Estrés	M			P	P	

Notas: P = tamaño de efecto pequeño y M = tamaño de efecto medio.

En cuanto a las limitaciones y fortalezas metodológicas del estudio, aunque es imposible representar a toda la comunidad universitaria de la UNAH con la muestra analizada, debemos tener en cuenta que el objetivo de la investigación no era este, sino analizar relaciones entre indicadores de salud e indicadores de impacto de la COVID-19 y la violencia de género. Para este objetivo el presente estudio sí presenta la fortaleza de incluir un número suficiente de participantes como para poder analizar dichas relaciones con suficiente potencia estadística, de forma que las relaciones no encontradas difícilmente podrían atribuirse al escaso tamaño muestral.

Para finalizar, la fortaleza conceptual del presente estudio radica en haber podido mostrar que tanto la pandemia de la COVID-19 como la violencia en las relaciones de pareja efectivamente tienen impacto en la salud de la comunidad universitaria de la UNAH, poniendo de manifiesto así la necesidad de que la propia universidad active todos los medios necesarios para recuperar a las personas que más han sufrido ambos fenómenos y evitar sus efectos negativos en el futuro.

5. REFERENCIAS

- Aguilar, K. I. (2017). *Autoestigma en mujeres jóvenes sobrevivientes de violencia*. [Documento no publicado]. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y Agencia Católica Irlandesa para el Desarrollo (TROCAIRE).
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D. y Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *International Journal Mental Health and Addiction*, 20, 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Aizpitarte, A. y Rojas-Solís, J. L. (2019). Factor structure of the Violence in Adolescents' Dating Relationships Inventory for Mexican adolescents (VADRI-MX). *International Journal of Psychological Research*, 12 (2), 29-36. <https://www.academica.org/dr.jose.luis.rojas.solis/47>
- Aizpitarte, A., Alonso-Arbiol, I., Van de Vijver, F. J. R., Perdomo, M. C., Galvez-Sobral, J. A. y Garcia-Lopez, E. (2017). Development of a dating violence assessment tool for late adolescence across three countries: the Violence in Adolescents' Dating Relationships Inventory (VADRI). *Journal of Interpersonal Violence*, 32(17), 2626–2646. <https://doi.org/10.1177/0886260515593543>
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Amnistía Internacional (2022). *Informe 2021/22 Amnistía Internacional. La situación de los derechos humanos en el mundo*. Amnistía Internacional Ltd. <https://www.amnesty.org/es/location/americas/central-america-and-the-caribbean/honduras/report-honduras/>
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, 679-683. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>

- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
<https://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Brigadas Internacionales de Paz (2022). *Deconstruir para construir. La situación de derechos humanos en Honduras*. Brigadas Internacionales de Paz. [https://pbi-honduras.org/sites/pbi-honduras.org/files/publications/Deconstruir para construir Situacion derechos humanos 2022.pdf](https://pbi-honduras.org/sites/pbi-honduras.org/files/publications/Deconstruir_para_construir_Situacion_derechos_humanos_2022.pdf)
- Delgado, C. (2014). ¿Violencia o agresión en la pareja? Escala VGP de violencia de género percibida. En Oscar Fernández (Coord.), *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (pp. 499 – 507). Universidad de León.
- Delgado, C. y Mergenthaler, E. (2011). Evaluación psicométrica de la percepción de la violencia de género en la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 197-205. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832329019.pdf>
- Flykt, A. (2019). *Percepción de la violencia de género psicológica, estereotipos de género y sexismo ambivalente en los adolescentes: Relación entre constructos y diferencias en función del sexo*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Pontificia Comillas.
- Gálvez Muñoz L. y Rodríguez Modroño P. (2012). La desigualdad de género en las crisis económicas. *Investigaciones Feministas*, 2 (monográfico), 113-132.
https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2011.v2.38607
- Keyes, C. L. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
<https://doi.org/10.2307/2787065>
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia.
- Martínez-Lorca M., Martínez-Lorca A., Criado-Álvarez J. J., Armesilla M. D. C. y Latorre J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Reseearch*, 293:113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>

- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760101>
- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (s.f.). *Feminicidio*. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Recuperado el 16 de diciembre, 2020 de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
- Observatorio Nacional de la Violencia (2021). *Boletín muerte violenta de mujeres y femicidios, enero-diciembre 2021*. [Informe infográfico nº 10]. Observatorio Nacional de la Violencia. Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <https://iudpas.unah.edu.hn/areas/observatorio-de-la-violencia/boletines-del-observatorio-2/infografias/>
- Rojas-Solís, J. L. y Romero-Méndez, C. A. (2022). Violencia en el noviazgo: análisis sobre su direccionalidad, percepción, aceptación, consideración de gravedad y búsqueda de apoyo. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 22(1), 132–151. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.638>
- Romero-Méndez, C. A., Rojas-Solís, J. L. y Greathouse, L. M. (2021). Co-ocurrencia de distintos tipos de violencia interpersonal en adolescentes mexicanos. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 38, 137-15. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.38.09
- Valencia, G. C., De la Torre, G. M. y Flores, L. M. (2020). Escala de Bienestar Social, referente del binomio salud-enfermedad. *Revista Española de Ciencias de la Salud*, 23(1-2), 5-12. <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2020/vre201-2a.pdf>
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *Spanish Journal of Psychology*, 16, e82. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R. Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud

SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150, <https://doi.org/10.1157/13074369>

Zamora-Damián, G., Alvidrez, S., Aizpitarte, A. y Rojas-Solís, J. L. (2018). Prevalencia de violencia en el noviazgo en una muestra de varones adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento (RPCC)*, 9(1), 30-53. <https://www.aacademica.org/dr.jose.luis.rojas.solis/32>

APÉNDICE I: Cuestionario ad hoc sobre información sociodemográfica y de situación personal y familiar

Instrucciones 1

A continuación encontrará una serie de preguntas relativas a información de tipo socio-demográfico. Recuerde que no será posible saber quién es a partir de sus respuestas, por lo que le pedimos que responda con sinceridad.

1. ¿Trabaja en la UNAH o pertenece a su comunidad universitaria?

Sí, soy estudiante

Sí, soy profesor/a

Sí, soy personal de administración

Trabajo en la UNAH como personal externo

No trabajo ni pertenezco a la UNAH

2. Seleccione el centro de la UNAH en el que estudia o trabaja.

Centro Universitario Regional de Occidente (CUROC)

Centro Universitario Regional del Centro (CURC)

Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico (CURLA)

Ciudad Universitaria (CU)

ITS de Tela

UNAH TEC Danlí

UNAH TEC Aguan

Valle de Sula (VS)

Otro (especificar)

3. ¿Cómo se identifica usted?

Hombre

Mujer

Otro (especificar)

4. ¿Puede indicar su orientación sexual?

Heterosexual

Homosexual

Prefiero no decirlo

Otro (especificar)

5. ¿Con qué etnia se identifica?

Afrodescendiente

Blanca

Criolla-anglohablante

Indígena (lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech o payas, tawahkas...)

Mestiza

Otro (especificar)

6. Por favor, indique cuántos años tiene.

7. ¿Tiene algún grado de discapacidad?

Sí

No

8. Si ha contestado sí, indique por favor el tipo y grado de discapacidad que tiene.

9. ¿En qué tipo de ambiente o población reside?

En el campo / en un pueblo

En una ciudad

Otro (especificar)

10. Seleccione su nivel de estudios más alto (en caso de estar cursando algún nivel de estudios, seleccione el que está cursando actualmente).

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Estudios técnicos/oficios incompletos

Estudios técnicos/oficios completos

Universidad (licenciatura, grado...) incompleta

Universidad (licenciatura, grado...) completa

Maestría incompleta

Maestría completa

Doctorado incompleto

Doctorado completo

11. Indique su estado civil

Soltero/a

Casado/a

Unión libre

Separado/a o divorciado/a

Viudo/a

Otro (especificar)

12. ¿De cuántos lempiras al mes dispone para sus gastos personales?

Menos de mil lempiras al mes

Entre mil y 5 mil lempiras al mes

Entre 5 mil y 10 mil lempiras al mes

Entre 10 mil y 20 mil lempiras al mes

Entre 20 mil y 30 mil lempiras al mes

Entre 30 mil y 40 mil lempiras al mes

Más de 40 mil lempiras al mes

Instrucciones 2

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su situación personal y familiar actual y antes de la pandemia. Recuerde que las respuestas son anónimas, así que le rogamos que conteste con sinceridad.

13. ¿Cuántos hijos/as tiene? Si no tienes hijos/as, por favor, escriba el número 0.

14. Indique el número de personas con quien convive (sin contarle a usted). Indique un 0 si vive solo/a.

15. Si ha indicado un número diferente de 0, indique por favor con qué otras personas convive (puede elegir más de una opción).

Compañeros/as de apartamento o cuarto

Mi pareja

Hijos/as

Padre/madre

Hermanos/as

Abuelos/as

Otro (especificar)

16. Independientemente de su estado civil, por favor, indique su situación sentimental.

Sin pareja

Con Pareja

Otro (especificar)

17. Si ha respondido que tiene pareja, indique por favor cuántos años tiene su pareja.

18. Si ha respondido que tiene pareja, indique por favor cómo se identifica su pareja.

Hombre

Mujer

Otro (especificar)

19. ¿Alguna vez ha solicitado ayuda a otras personas por problemas con su pareja? (Puede elegir más de una opción).

No

Sí, a familiares

Sí, a amistades

Sí, a grupos de ayuda sobre esa temática

Sí, ayuda institucional

Otro (especificar)

APÉNDICE II: Cuestionario ad hoc sobre cambios vitales provocados por la pandemia

Instrucciones

Indique en qué sentido ha cambiado su situación a causa de la pandemia por la COVID-19 según la siguiente escala:

- 1 = Ahora es mucho peor
- 2 = Ahora es peor
- 3 = Ni peor ni mejor
- 4 = Ahora es mejor
- 5 = Ahora es mucho mejor

- 1. Mi situación laboral.
- 2. Mi situación económica.
- 3. Mi situación académica.
- 4. Mi relación con la familia.
- 5. Mi relación con las amistades.
- 6. Mi relación con los y las compañeras.
- 7. Mi vida amorosa.
- 8. Mi vida social.
- 9. Mi vida cultural.
- 10. Mi salud física.
- 11. Mi salud mental.